

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

MÁRCIA BORCK

**TERCEIRA ETAPA DO MÉTODO MÃE-CANGURU:
CONVERGÊNCIA DE PRÁTICAS INVESTIGATIVAS E DE
CUIDADO NO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO DE FAMÍLIAS
COM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO E/OU DE BAIXO PESO**

Florianópolis – SC
Dezembro – 2007

MÁRCIA BORCK

**TERCEIRA ETAPA DO MÉTODO MÃE-CANGURU:
CONVERGÊNCIA DE PRÁTICAS INVESTIGATIVAS E DE
CUIDADO NO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO DE FAMÍLIAS
COM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO E/OU DE BAIXO PESO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade da UFSC.

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

Orientadora: Dr.^a Evanguelia K. A. dos Santos

Florianópolis – SC
Dezembro – 2007

B726t Borck, Márcia

Terceira etapa do método mãe-canguru : convergência de práticas investigativas e de cuidado no processo de adaptação de famílias com recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso / Márcia Borck ; orientadora Evangelia K. A. dos Santos. – Florianópolis, 2007.

235 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2007.

Inclui bibliografia.

1. Método Mãe-Canguru. 2. Recém-nascidos – Cuidado e higiene. 3. Prematuros. 4. Neonatologia. 5. Assistência a maternidade e a infância. I. Santos, Evangelia Kotzias Atherino dos. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU: 616-083

Catálogo na fonte por Onélia S. Guimarães CRB-14/071

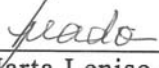
MÁRCIA BORCK

TERCEIRA ETAPA DO MÉTODO MÃE-CANGURU:
CONVERGÊNCIA DE PRÁTICAS INVESTIGATIVAS E DE
CUIDADO NO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO DE FAMÍLIAS COM
RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO E/OU DE BAIXO PESO

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de


MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada na sua versão final em 14 de dezembro de 2007, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

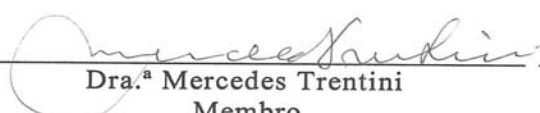


Dr.ª Marta Lenise do Prado
Coordenadora do Programa

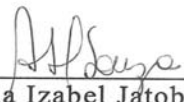
Banca Examinadora



Dr.ª Evanguelia Kotzias A. dos Santos
Presidente



Dra.ª Mercedes Trentini
Membro



Dr.ª Ana Izabel Jatobá de Souza
Membro

*À minha mãe, **Diva**, por ter me conduzido à vida
e para a vida. A alegria com esta conquista não
será maior em outro coração como no seu.*

*Às estrelas mais lindas da história da minha
vida, in memoriam: meu pai **Ary**,
meus avós **Irma** e **Willy**.*

AGRADECIMENTOS

Agradecer, maravilhosa sensação que sinto e que me faz ter tempo para dizer em poucas palavras o muito que significou para mim nos dois anos de construção deste estudo.

Ao meu mentor espiritual pelos reencontros comigo mesma, pela tolerância às minhas fraquezas e ineficiências, pelo manto de paz e de amor que renova em meu espírito e fortalece meu corpo para as conquistas diárias.

À Prof.^a Dr.^a Evanguelia, minha querida orientadora, por não me deixar investir em lamentos e preocupações, por me permitir liberdade de expressão e o meu tempo comigo mesma, por me acolher no meio do rigor da pesquisa e me ensinar com sabedoria, me conduzindo ao crescimento profissional embuída de valores humanos da mais pura essência do amor pela vida.

À Cássia, minha alma gêmea, minha obra-prima, minha filha, nesta e em tantas vidas, o meu grande amor. Você nunca permitiu que minha emoção dormisse e nem que minha razão desse um tempo, estando sempre ao meu lado me fez ter as duas no comando.

Ao Ruy, meu irmão, meu amigo, meu guarda-costas, pelo companheirismo e aceitações. Anna Helena, minha cunhada, pelas preces e gestos de carinho. Glória Helena, minha eterna criança, sou uma dinda que te ama e subirei em todas as chaminés que forem preciso para colocar seus pedidos no natal só pelo brilho nos seus lindos olhos verdes. Sarah Mel, minha instigante sobrinha, a minha amiga, pelo prazer e honra em ser sua tia.

À Iria, minha dinda, pela afetividade mesmo que distante.

À Aide, minha tia do coração, pelas ajudas oportunizadas, companheirismo e pelo entusiasmo pela vida.

À Ana Beatriz, irmã do coração, atemporal, vivemos juntas sorrisos infantis e rugas de preocupação, simplesmente amigas, um tesouro de amor.

À todas as Mães-Canguru, Pais-Canguru, Bebês-Canguru e familiares que foram as sementes de vida deste estudo.

À equipe de saúde do serviço de neonatologia do HU/UFSC, obrigada. Meu carinho em especial a alguns profissionais que por uma ou outra razão, ou busca, ficaram mais próximos a esta pesquisa, minhas companheiras de plantão Simone

Averlan, Simone Vidal, Natália, Liliane e Maria Gorete, as médicas Anelise, Betânia e Clarice e a psicóloga Zaira.

E, meu reconhecimento ao talento e às diferenças pessoais que constroem uma equipe de enfermeiras únicas, minhas colegas, Enf^a Roberta Costa pelo acolhimento, críticas construtivas, disponibilidade e participação como membro extra em formação na qualidade de doutoranda na banca examinadora. Enf^a Patrícia Klock pelo incentivo, alegria e contribuições. Enf^a Melissa Honório pelo entusiasmo e empenho nas minhas necessidades profissionais. Enf^a Márcia Jordão pelas palavras de otimismo e remanejo de plantões. Cada forma de tolerar minha ausência foi uma contribuição para minha produção.

À minha turma do Mestrado 2006, pela convivência saudável e contribuições, em especial a colega e enfermeira Joéli.

À enfermeira Gisele Guimarães pela disponibilização de material e incentivo.

Aos integrantes do Núcleo de Estudos em Filosofia e Saúde – NEFIS, e em especial à sua líder Prof.^a Dr.^a Bettina Bub, pelas discussões diferenciadas e promotoras de um novo pensar.

À Prof.^a Dr.^a Marisa Monticelli pela riqueza de contribuições, falas oportunas e pautadas de um conhecimento científico claro e construtivo para o meu crescimento profissional.

Às Professoras Dr.^{as} Telma Elisa Carraro, Mercedes Trentini, Ana Izabel Jatobá de Souza, Lygia Paim e Astrid Eggert Bohes, componentes da banca examinadora, pela disponibilidade e contribuições.

RESUMO

BORCK, Márcia. Terceira etapa do método mãe-canguru: convergência de práticas investigativas e de cuidado no processo de adaptação de famílias com recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso. 2007. 235f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

Orientadora: Dr.^a Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

Defesa: 14/12/2007

Trata-se de uma Pesquisa Convergente-Assistencial, de natureza qualitativa, que teve como objetivos investigar a experiência no processo de adaptação de famílias na terceira etapa do Método Mãe-Canguru (MMC) com recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso, implementar a consulta de enfermagem com cada participante do estudo referente aos quatro modos adaptativos da Teoria de Roy e introduzir inovações no serviço de enfermagem. Foi adotado como referencial teórico o Modelo de Adaptação proposto por Sister Callista Roy. Desenvolvido no período de out/2006 a fev/2007 na unidade de neonatologia da maternidade do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina - HU/UFSC. Os sujeitos foram seis mães, familiares e seus bebês que ingressaram na terceira etapa do MMC e residentes na grande Florianópolis. A coleta de dados foi realizada através do processo de cuidar do modelo adaptativo de Roy, utilizando as técnicas de observação e da entrevista semi-estruturada. O processo de análise ocorreu através da apreensão, síntese, teorização e transferência. Foram identificadas cinco categorias convergentes do meio-tempo entre a desospitalização precoce e o primeiro retorno na terceira etapa: 1) Valorando o aleitamento materno; 2) Percebendo necessidades de manejo com RN; 3) A felicidade e o medo ao sair do hospital; 4) Primeira noite nenhuma mãe dorme; e 5) Reconhecendo e ativando cuidados; e cinco categorias adaptativas convergentes dos retornos na terceira etapa: 1) Mamãe eu quero mamar; 2) Meu bebê quer isso, quer aquilo. Precisa disso; 3) Meu bebê está crescendo; 4) Nosso bebê, nossa família: é bom estarmos juntos; e 5) Coração tranquilo; e cinco categorias (des)adaptativas convergentes dos retornos na terceira etapa: 1) Meu leite é pouco, meu peito dói; 2) Para que esses exames/ por que esses acompanhamentos; 3) Eu preciso de um especialista; 4) O que me fez descuidar do bebê: minha cabeça ou meu coração; e 5) Amar e estar junto, ou só estar junto. Os resultados mostram a necessidade de fortalecer o papel da família na desospitalização, a comunicação entre a equipe interdisciplinar, rever critérios de alta da terceira etapa e garantir todas as possibilidades de atendimento continuado. O papel da enfermeira destaca-se pela capacidade de articular detalhes para a eficiência dos cuidados realizados pelas famílias e na sistematização da assistência favorecendo estímulos contextuais para adaptação positiva. Os vínculos afetivos no domicílio tornam a desospitalização precoce menos negativa, favorece o convívio familiar e social. O cuidado adaptativo varia de acordo com os papéis assumidos pelas mães e familiares e pelos resultados obtidos na terceira etapa do MMC. Sentimentos ambíguos afetam o autoconceito e o funcionamento familiar. Este estudo evidencia a terceira etapa como oportunidade para retroalimentar o sistema cuidativo, apoiar as famílias para sobreporem seus conflitos, preocupações, medos, inseguranças e o próprio comportamento imaturo do bebê.

Palavras-chave: Método Mãe-Canguru; Recém-nascido prematuro; Neonatologia.

ABSTRACT

BORCK, Márcia. **Third stage of the kangaroo-mother method: converging investigative and care practices in the adaptation process among families with premature and/or low weight newborns.** 2007. 235p. Master's Thesis in Nursing Nursing Graduate Program, Federal University of Santa Catarina, Brazil, 2007.

This study deals with qualitative, Convergent-Care Research which objectives were to investigate the adaptation process experience of families in this third stage of the Kangaroo-Mother Method (KMM) with premature and/or low weight newborns, to implement a nursing visit with each participant of the study, in reference to the four adaptive modes of the Roy Theory, and to introduce innovations in nursing services. The Adaptation Model proposed by Sister Callista Roy was used as a theoretical reference. The study was developed from October of 2006 to February of 2007 in the Neonatal Unit of the Maternity Ward of the Polydoro Ernani de São Thiago University Hospital of the Federal University of Santa Catarina, Brazil - HU/UFSC. The subjects were six mothers, family members, and their babies who were registered in the third stage of the Method and residents of Florianópolis, SC, Brazil. The data was collected through Roy's adaptive care process model, utilizing observation techniques and semi-structured interviews. The data analysis process occurred through apprehension, synthesis, theorization, and transference. Five convergent categories for the time between early release and the first return in the third stage were identified: 1) Valuing maternal breast-feeding; 2) Perceiving handling needs with the RN; 3) Happiness and fear of leaving the hospital; 4) The first night no mother sleeps; and 5) Recognizing and initiating care; as well as five convergent adaptive categories from returns in the third stage: 1) Mommy I want to breastfeed; 2) My baby wants this, wants that, needs this; 3) My baby is growing; 4) Our baby, our family: it's good to all be together; and 5) Tranquil heart. Five convergent (un)adaptive categories from the returns were also categorized: 1) I don't have enough milk, my breasts hurt; 2) Why all the exams/why such attention; 3) I need a specialist; 4) What made me neglect my baby: my head or my heart; and 5) Loving and being together, or just being together. The results show the need to strengthen the role of the family in release from the hospital, communication among the interdisciplinary team, rethinking the criteria for release in the third stage, as well as guaranteeing all the possibilities for continued care. The role of the nurse is highlighted for her capacity for articulating details towards more efficient care carried out by families, as well as in the systematization of care, favoring contextual stimuli for positive adaptation. The affectionate links in the home make early hospital release less negative and favor familiar and social living. Adaptive care varies according to the roles assumed by mothers and family members, as well as the results obtained in the third stage of the KMM. Ambiguous feelings affect the concept of self and family functioning. This study evidences the third stage as an opportunity to reinforce the care system, support family in order to overcome their conflicts, concerns, fears, insecurities, and the very immature behavior of the baby.

Keywords: Kangaroo-Mother Method; Premature newborn; Neonatology.

RESUMEN

BORCK, Márcia. Tercera etapa del método madre canguro: convergencia de prácticas de investigación y de cuidado en el proceso de adaptación de familias con recién nacidos pretérmino y/o de bajo peso. 2007. 235f. Disertación (Maestría en Enfermería) – Curso de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

Se trata de una Investigación Convergente-Asistencial, de carácter cualitativo, e sus objetivos fueron investigar la experiencia en el proceso de adaptación de familias en la tercera etapa del Método Madre Canguro (MMC) con recién nacidos pretérmino y/o de bajo peso, implementar la consulta de enfermería con cada participante del estudio en lo referente a las cuatro etapas o modos adaptativos de la Teoría de Roy, e introducir innovaciones en el servicio de enfermería. Como referencial teórico fue adoptado el Modelo de Adaptación propuesto por Sister Callista Roy. La investigación fue desarrollada en el período de octubre a febrero de 2007, en la unidad de neonatología de la maternidad del Hospital Universitario Polydoro Ernani de São Thiago de la Universidad Federal de Santa Catarina – HU/UFSC. Los sujetos participantes del estudio fueron seis madres, los familiares y sus bebés que ingresaron en la tercera etapa del MMC, los cuales residían en la región de la gran Florianópolis. La recolección de los datos fue realizada a través del proceso de cuidar del modelo adaptativo de Roy, utilizando las técnicas de observación y la entrevista parcialmente estructurada. El proceso de análisis se hizo por medio de la aprehensión, síntesis, teorización y transferencia. Fueron identificadas cinco categorías convergentes del medio tiempo entre la deshospitalización precoz y el primer regreso en la tercera etapa, a saber: 1) Valorando la lactancia materna; 2) Percibiendo las necesidades de manejo con RN; 3) La felicidad y el miedo al salir del hospital; 4) En la primera noche ninguna madre duerme; y, 5) Reconociendo y activando cuidados. Se identificaron cinco categorías adaptativas convergentes, de los regresos en la tercera etapa: 1) Mamá yo quiero mamar; 2) Mi bebé quiere eso y quiere aquello. Necesito eso; 3) Mi bebé está creciendo; 4) Nuestro bebé, nuestra familia: es bueno estar juntos; y, 5) El corazón tranquilo. También se identificaron cinco categorías (des) adaptativas convergentes de los regresos en la tercera etapa: 1) Mi leche es poca, mi seno duele; 2) ¿Para qué esos exámenes? / ¿Por qué esos acompañamientos?; 3) Necesito un especialista; 4) ¿Qué me hizo descuidar al bebé: mi cabeza o mi corazón?; 5) ¿Amar y estar junto o sólo estar junto? Los resultados obtenidos muestran la necesidad de fortalecer el papel de la familia en la deshospitalización, la comunicación entre el equipo disciplinario, rever criterios de alta de la tercera etapa y garantizar todas las posibilidades de atención continuada. El papel de la enfermería se destaca por la capacidad de articular detalles para la eficacia de los cuidados realizados por las familias y en la sistematización de la asistencia favoreciendo los estímulos contextuales para la adaptación positiva. Los vínculos afectivos en el domicilio vuelven la deshospitalización precoz menos negativa, favoreciendo la convivencia familiar y social. El cuidado adaptativo varía de acuerdo con los roles asumidos por las madres y los familiares y por los resultados obtenidos en la tercera etapa del MMC. Sentimientos ambiguos afectan el autoconcepto y el funcionamiento familiar. En este estudio se evidencia la tercera etapa como una oportunidad para retroalimentar el sistema de cuidado, apoyar las familias para sobreponer sus conflictos, preocupaciones, miedos, inseguridades y el propio comportamiento inmaduro del bebé.

Palabras-Clave: Método Madre canguro; Recién nacido prematuro; Neonatología.



Fonte: ao centro, imagem publicada no site Mãe-Canguru do Ministério da Saúde; bebês-canguru cujas imagens foram autorizadas pelas mães e familiares.

“Quem não compreende um olhar, tampouco compreenderá uma longa explicação”.

Mário Quintana

SUMÁRIO

1	VIVÊNCIAS E INTERAÇÕES ADAPTATIVAS COM O RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO E DE BAIXO PESO: O MEU PONTO DE PARTIDA.....	12
2	REVISÃO DA LITERATURA	25
2.1	HISTÓRIA DA ASSISTÊNCIA NEONATAL	25
2.2	A SEMEADURA DO MÉTODO MÃE-CANGURU	30
2.2.1	O Crescimento do Método Mãe-Canguru em outros Países	32
2.2.2	As Flores e Frutos do Método Mãe-Canguru no contexto Brasileiro	35
2.2.3	O Estado da Arte da Terceira Etapa do Método Mãe-Canguru.....	51
2.3	A FAMÍLIA COM RECÉM-NASCIDO NASCIDO PRÉ-TERMO E/OU DE BAIXO PESO	56
3	REFERENCIAL TEÓRICO	61
3.1	FONTES TEÓRICO-FILOSÓFICAS DO MODELO DE ADAPTAÇÃO DE ROY	62
3.2	O MODELO DE ADAPTAÇÃO DE SISTER CALLISTA ROY	66
3.3	MARCO CONCEITUAL	71
3.3.1	Pressupostos do Modelo de Adaptação de Roy.....	72
3.3.2	Pressupostos Pessoais	72
3.3.3	Conceitos	73
3.3.3.1	Ser humano	73
3.3.3.2	Enfermagem	74
3.3.3.3	Ambiente	75
3.3.3.4	Processo saúde-doença.....	76
3.3.3.5	Adaptação	76
3.3.3.6	Cuidado adaptativo	77
3.3.3.7	Percepção.....	77
3.3.3.8	Método mãe-canguru	78
4	REFERENCIAL E PERCURSO METODOLÓGICO	79
4.1	CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL E CONTEXTO DO ESTUDO	80
4.2	SUJEITOS SIGNIFICATIVOS DO ESTUDO.....	83
4.3	OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	83
4.3.1	A coleta de dados da Pesquisa Convergente-Assistencial	85
4.3.2	Extrato analítico da Pesquisa.....	88
4.3.2.1	Processo de apreensão.....	88
4.3.2.2	Processo de síntese	89
4.3.2.3	Processo de teorização	89
4.3.2.4	Processo de transferência	89
4.4	ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO.....	90
5	DESCREVENDO A PRÁTICA ASSISTENCIAL E INVESTIGATIVA DESENVOLVIDA COM AS FAMÍLIAS E SEUS RECÉM-NASCIDOS EM TERCEIRA ETAPA DO MÉTODO MÃE-CANGURU	92

5.1	VIVÊNCIAS ADAPTATIVAS NO PROCESSO DE CUIDAR ENTRE A PRÁTICA E A PESQUISA	92
5.1.1	Apresentando o Processo de Cuidar com o Bebê Canguru 7 (BC7).....	100
5.1.2	Apresentando o Processo de Cuidar com o Bebê Canguru 4 (BC4).....	110
5.1.3	Apresentando o Processo de Cuidar com o Bebê Canguru 1 (BC1).....	125
5.1.4	Apresentando o Processo de Cuidar com o Bebê Canguru 2 (BC2).....	133
5.1.5	Apresentando o Processo de Cuidar com o Bebê Canguru 8 (BC8).....	140
5.1.6	Apresentando o Processo de Cuidar com o Bebê Canguru 5 (BC5).....	147
6	CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMEIRA NO CUIDADO ADAPTATIVO DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO E/OU DE BAIXO PESO NA TERCEIRA ETAPA DO MÉTODO MÃE-CANGURU	162
7	VIVÊNCIAS DE FAMÍLIAS EM RELAÇÃO AO CUIDADO ADAPTATIVO DE SEUS RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO E/OU DE BAIXO PESO	165
7.1	CATEGORIAS CONVERGENTES DO MEIO-TEMPO ENTRE A DESOSPITALIZAÇÃO PRECOCE E O PRIMEIRO RETORNO NA TERCEIRA ETAPA DO MMC	165
7.1.1	Valorando o Aleitamento Materno	165
7.1.2	Percebendo necessidades de Manejo com RN	167
7.1.3	A Felicidade e o medo ao sair do hospital	170
7.1.4	Primeira Noite nenhuma Mãe Dorme.....	172
7.1.5	Reconhecendo e Ativando Cuidados	173
7.2	CATEGORIAS ADAPTATIVAS CONVERGENTES DOS RETORNOS NA TERCEIRA ETAPA DO MMC	175
7.2.1	Mamãe Eu Quero Mamar.....	175
7.2.2	Meu Bebê quer isso, quer aquilo. Precisa disso.....	179
7.2.3	Meu Bebê está Crescendo.....	180
7.2.4	Nosso Bebê, nossa Família: é bom estarmos juntos	182
7.2.5	Coração Tranquilo	183
7.3	CATEGORIAS (DES)ADAPTATIVAS CONVERGENTES DOS RETORNOS NA TERCEIRA ETAPA DO MMC	184
7.3.1	Meu Leite é pouco, meu Peito dói.....	184
7.3.2	Para que esses Exames/por que esses acompanhamentos?.....	187
7.3.3	Eu preciso de um Especialista	189
7.3.4	O que me fez descuidar do Bebê: minha Cabeça ou meu Coração?.....	189
7.3.5	Amar e estar junto, ou só estar junto?	191
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	194
	REFERÊNCIAS	200
	APÊNDICES	211
	ANEXOS	228



1 VIVÊNCIAS E INTERAÇÕES ADAPTATIVAS COM O RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO E/OU DE BAIXO PESO E SUA FAMÍLIA: O MEU PONTO DE PARTIDA

Ao entrar pela primeira vez no Serviço de Neonatologia do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), no segundo andar, me senti tão frágil quanto os pequeninos seres que vi dentro das incubadoras ou berços aquecidos. Recém-nascidos pré-termo¹ e/ ou de baixo peso², tratando de ganhar peso e conquistando sua autonomia, sob atenção dos profissionais de saúde e o olhar terno e atento dos pais. Começava ali uma grande descoberta, pois num desafio constante tive que desenvolver competências e habilidades para atuar nesta área específica, despertar vigília diferenciada, deixar aflorar minha sensibilidade para um ser humano que me apresentava toda sua vulnerabilidade e dependência, sem falar, esperando meus cuidados para sua adaptação ao meio ambiente, certo de que eu seria uma fonte de apoio aos seus pais. Sou fruto de um acolhimento bem sucedido realizado pelos profissionais atuantes no setor na data de meu ingresso, e todo o processo de humanização vivenciado, me aproximou do cuidado ao recém-nascido de tal forma que hoje ele faz parte de uma grande realização profissional e pessoal, visto o vínculo afetivo e o respeito que adquiri pelos neonatos.

Minha escolha para o desenvolvimento deste estudo, emergiu de minha prática profissional cotidiana, cuidando, olhando, tocando, sentindo, percebendo, interagindo, refletindo, filosofando, e, criando assim, uma nova leitura de minhas vivências e interações com o recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso, o que me motivou a teorizar pela aplicação do Modelo de Adaptação de Roy na terceira etapa do Método Mãe-Canguru.

¹ Recém-nascido prematuro ou pré-termo: toda criança nascida viva antes de completar a 37ª semana de gestação (ou seja, imaturo) (OMS, 1996).

² Recém-nascido de baixo peso: toda e qualquer criança com menos de 2.500g independente da sua maturidade (OMS, 1996).

Tal motivação se deu, por visualizar nesta, a tênue passagem de nossa atuação como cuidadores principais para os pais e familiares, como atores principais do cuidado, até então, promovido por nós profissionais. Acredito na criação de mecanismos próprios para as exigências nas adaptações em nossa evolução e maturação como seres humanos, nas efetivas trocas que ocorrem quando permitimos a humanização em nossas vidas, em nosso local de trabalho seja ele institucional ou no lar.

Meu primeiro reconhecimento foi a necessidade de reler ou buscar conhecimento na história dos neonatos para que pudesse traçar um bom caminho em minha pesquisa. Li diversos autores e logo de imediato pude reconhecer a importância de suas contribuições para a adequada compreensão e o aprofundamento necessário em relação à temática do estudo.

Em meados do século XIX as crianças eram ignoradas pelos médicos, não haviam instituições que se dedicassem aos cuidados com as crianças, conforme descreve AVERY (1999. p. 3):

Esperava-se que as crianças nascidas prematuramente fossem ao êxito letal, assim como também aquelas crianças nascidas com malformações. Havia um sentimento de que a seleção natural se encarregaria das crianças ‘menos adaptadas’ à sobrevivência, tal como sugerido pelo termo ‘fracote’ atribuído às crianças prematuras.

Os processos dos cuidados assistenciais em Neonatologia têm suas bases descritas desde o século XIX, quando Pierre Budin, médico obstetra francês, em 1900, estabeleceu pela primeira vez as modalidades de vigilância e cuidados dos bebês de baixo peso ao nascer: manutenção do equilíbrio térmico, prevenção de infecções por meio de assepsia e alimentação com leite do peito (CHARPAK; CALUME; HAMEL, 1999).

Pierre Budin escreveu o primeiro texto de perinatologia, em 1907. Observou que um certo número de mães abandonava os bebês que haviam permanecido isolados para os cuidados neonatais, pois não lhes era permitido estarem próximas e acompanharem o desenvolvimento ou a recuperação de seus filhos (KLAUS; KENNEL, 1993).

Budin dizia que a vida do pequenino fora salva, mas às custas de acabar perdendo a mãe. Recomendou, então, que elas fossem encorajadas a amamentar os próprios bebês, a fim de aumentar sua produção de leite. Idealizou e promoveu o

uso de incubadoras com paredes de vidro, que permitiam que seus filhos pudessem ser observados. Em razão dessas mudanças, as mães passaram a ficar mais atentas às necessidades de seus recém-nascidos, mesmo quando estes permaneciam no hospital por um período mais prolongado. “Em todos os sentidos, dizia ele, é melhor colocar o pequenino em uma incubadora ao lado da cama de sua mãe; a supervisão que esta exerce não deve, jamais, ser subestimada” (KLAUS; KENNEL, 1993, p. 170). Porém, por muito tempo, houve restrições quanto à proximidade família-bebê.

O modelo de assistência neonatal que se consolidou neste século, em quase toda cultura ocidental, exclui os pais dos cuidados aos recém-nascidos pré-termo e evolui com grandes conquistas técnico-científicas. O uso de tecnologias avançadas de terapia intensiva como incubadoras, berços de calor radiante, equipamentos para assistência ventilatória, alimentação parenteral, antibióticos de última geração, contribuíram com significativos avanços na área neonatal permitindo maior sobrevivência de recém-nascidos pré-termo (COSTA, 2005).

Nos dias atuais os cuidados neonatais tiveram influência da introdução de outras tecnologias como o uso do corticóide antenatal, o uso do surfactante neonatal, a ventilação de alta frequência e o uso de óxido nítrico. Isso colaborou para uma ampla mudança no perfil da mortalidade infantil. Entretanto, ainda existem alguns problemas associados à atenção neonatal, à exemplo do maior tempo de internação, com separação precoce e prolongada da mãe-filho-família, menor incidência e prevalência do aleitamento materno, maior exposição do neonato a complicações que cursam com graves seqüelas e maior demanda da atenção especial e de alto custo (COSTA, 2005).

De acordo com relatórios oficiais, dos vinte milhões de recém-nascidos pré-termo e com baixo peso, que nascem no Brasil, um terço morre antes de completar um ano de vida (BRASIL, 2002). Em Santa Catarina (SC), no ano de 2005, dos 84.329 nascidos vivos, 7,74% apresentaram baixo peso e 6,99% eram pré-termo (SANTA CATARINA, 2006). Na cidade de Florianópolis (SC) no ano de 2005, dos 4.577 nascidos vivos, 8, 01% apresentaram baixo peso e 7, 36% eram pré-termo (SANTA CATARINA, 2006).

No Brasil, o movimento para divulgar o Método Mãe-Canguru de assistência ao pré-termo ou recém-nascido de baixo peso iniciou-se em 1999, com a Conferência Nacional Método Mãe-Canguru no Rio de Janeiro. Esta tinha como

objetivos divulgar o Método como alternativa viável e segura de atenção perinatal, difundir os benefícios sócio-econômicos desta modalidade de atenção ao binômio mãe-bebê e possibilitar que dirigentes de serviços de saúde, autoridades sanitárias, formuladores de políticas sociais e formadores de opinião conhecessem os fundamentos científicos e o impacto social desta iniciativa (BANCO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL, 1999).

Da avaliação publicada na época pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social, através da área de Desenvolvimento Social, sobre temas pouco explorados o papel do enfermeiro ficou em primeiro lugar com 20% sobre os demais. Este dado também contribuiu como estímulo para a realização do presente estudo.

Os demais temas apontados com déficit foram, em ordem decrescente, expansão do Método Mãe-Canguru no Rio de Janeiro/Brasil, política de apoio com critérios práticos e divulgação, aleitamento materno, treinamento de pessoal, papel dos nutricionistas, expansão brasileira (dificuldades e soluções), acompanhamento domiciliar, maior exposição do Método Canguru e por último os múltiplos aspectos do Método Canguru (BNDES, 1999).

A partir de então surge a participação do Ministério da Saúde do Brasil, lançando a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Projeto Mãe-Canguru, por meio da Portaria nº 693 GM/MS (BRASIL, MS, 2000), que visa o estabelecimento de uma contínua adequação tanto na abordagem técnica quanto das posturas que impliquem em mudanças ambientais e comportamentais com vistas à melhoria na atenção aos prematuros, envolvendo a família e, particularmente, a mulher/mãe.

É uma metodologia humanizadora de atenção neonatal e uma alternativa a assistência tradicional (CHARPAK; CALUME; HAMEL, 1999). Xavier (2002) descreve esta como um cuidado complementar ao tratamento de alta tecnologia, que cria condições que permitam às mães vivenciar o saber-fazer e se responsabilizar. Salienta ainda que esta proposta incentiva a assistência ambulatorial e a perspectiva de desmedicalização e desospitalização do cuidado, assim que possível.

No Brasil, os primeiros programas foram implantados no Hospital Guilherme Álvaro, em Santos, SP (1992) e, posteriormente, no Instituto Materno-Infantil de Pernambuco – IMIP (1994), em Recife (CARVALHO, 2001). Atual-

mente, várias maternidades do Sistema Único de Saúde (SUS) e particulares vêm adotando este inovador paradigma da assistência perinatal³.

São 13 as maternidades que cumpriram as três etapas conforme o nível de exigência estabelecido na Avaliação Global do Método Mãe-Canguru (cumprir 80% dos passos, em cada etapa) são: 1. Hospital Universitário da UFMA/MA; 2. Maternidade Escola Assis Chateaubriand/CE; 3. Hospital São Vicente de Paula-Barbalha/CE; 4. Maternidade Carmela Dutra/RJ; 5. Unidade Integrada Herculano Pinheiro/RJ; 6. Maternidade Leila Diniz/RJ; 7. Instituto da Mulher Fernandes Magalhães/RJ; 8. Hospital Maternidade Alexandre Fleming/RJ; 9. Hospital Maternidade Oswaldo Nazaré/RJ; 10. Hospital Regional de Taguatinga – Brasília/DF; 11. Hospital Geral de Itapequerica da Serra/SP; 12. Hospital Clínica e Maternidade N^a S^a do Rosário de Curitiba/PR; 13. Maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha/SP (BRASIL, 2007).

Para capacitar os profissionais de saúde na metodologia Canguru⁴ foram criados Centros Nacionais de Referência. Estes Centros Nacionais seguem o Programa de capacitação teórico-prático sobre Atenção humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Mãe-Canguru, utilizando o Manual Técnico do Ministério da Saúde para capacitação e um instrumento de avaliação que tem como objetivo quantificar o grau de implantação da metodologia.

São sete Centros Nacionais de Referência com distribuição regional:

- Norte: São Luis (Maranhão) – Hospital Universitário
- Nordeste: Fortaleza (Ceará) – Hospital Geral César Calls e Maternidade Escola Assis de Chateaubriand; Recife (Pernambuco) Instituto Materno Infantil (IMP)
- Centro-Oeste: Distrito Federal – Hospital Regional de Taguatinga
- Sudeste: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro; São Paulo – Hospital de Itapequerica da Serra e Hospital Municipal Universitário de São Bernardo do Campo.
- Sul: Florianópolis (Santa Catarina) Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago.

³ Período perinatal: inicia em 22 semanas completas (154 dias) de gestação, quando o peso de nascimento é normalmente 500g, terminando sete dias completos após o nascimento (LAURENTI, 1995).

⁴ Termos como metodologia Canguru, Método Mãe-Canguru e Projeto Mãe-Canguru serão utilizados para referir o mesmo cuidado e não tornar a leitura cansativa.

O Método Mãe-Canguru é desenvolvido em três etapas, estabelecidas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002).

A primeira deve iniciar logo após o nascimento de um recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso e havendo a necessidade da permanência dessa criança em uma unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) e ou de cuidados intermediários, especial atenção deverá ser dada pela equipe assistencial no sentido de estimular a entrada dos pais na unidade, orientando-os sobre medidas de controle de infecção (lavagem correta das mãos), procedimentos e as particularidades do ambiente, promover o toque adequado e o contato pele-a-pele com a criança, desde que as condições clínicas assim o permitam. Trabalha-se o estímulo à lactação e a participação dos pais e familiares nos cuidados com o bebê. A posição canguru⁵ deve ser proposta sempre que possível e desejada.

Na segunda etapa do método o bebê encontra-se com situação clínica estável, nutrição enteral plena (peito, sonda gástrica, copo ou seringa), ganho de peso regular diário maior que 15g por pelo menos três dias e tem um peso superior a 1250g. Os pais são orientados para o acompanhamento contínuo ao seu bebê. Existe suporte familiar institucional e há interesse da mãe em permanecer com o seu filho na enfermaria de alojamento conjunto onde a posição canguru será realizada pelo maior período em que ambos acharem seguro e agradável. A vigilância e o apoio da equipe de saúde são fundamentais nessa etapa.

A terceira etapa, alta hospitalar com acompanhamento ambulatorial, só pode ocorrer se a criança estiver com um peso mínimo de 1500g, clinicamente estável e ganhando peso nos três dias que antecederem a alta, em aleitamento materno exclusivo ou, na necessidade de complementação da dieta, garantir que ela seja ofertada em copo ou seringa. A mãe e os familiares devem estar seguros quanto ao manuseio da criança e orientados quanto à importância de mantê-la, no domicílio, na posição canguru durante as 24 horas do dia ou pelo maior tempo possível. É fundamental o compromisso de acompanhamento ambulatorial com a vinda ao hospital para três consultas na primeira semana, duas consultas na segunda semana e na terceira semana em diante, uma consulta até atingir um peso mínimo de 2500g. Geralmente, em torno desse peso, a posição canguru já deixa de ser realizada. Nesta etapa, os pais são

⁵ Posição Canguru: “consiste em colocar o recém-nascido em contato pele-a-pele no peito de um adulto, em decúbito prono, na posição vertical, com o mínimo de roupa possível” (BRASIL, 2002, p. 18).

orientados para recorrer à unidade neonatal de origem em qualquer dúvida ou urgência.

Algumas sugestões são feitas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) por meio de normas gerais para a melhor realização possível do Método Mãe-Canguru nas Instituições, são elas: 1. Adotar o Método Mãe-Canguru visando mudança de atitude no manuseio do recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso internado e das atitudes de seus pais e familiares; 2. O Método não substitui as unidades de neonatologia e incubadoras que têm suas indicações bem estabelecidas; 3. O Método objetiva aprimorar a atenção perinatal e não somente economizar recursos humanos e técnicos; 4. A atenção adequada ao recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso deve anteceder o nascimento, identificando mulheres de maiores riscos para oferecer informações sobre cuidados médicos e dos demais profissionais de saúde envolvidos nesta atenção humanizada; 5. Ao ser identificado risco de nascimento de crianças pré-termo e/ou de baixo peso, a gestante deverá ser encaminhada para cuidados de referência, medida mais segura; 6. Na segunda etapa do Método Mãe-Canguru não deverá ser estipulado tempo em posição canguru. Essa posição deverá ocorrer com base na segurança do manuseio do recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso, no prazer e satisfação do binômio que o realiza; 7. Na terceira etapa do Método Mãe-Canguru a posição canguru deverá ser recomendada em tempo integral, buscando maior segurança; 8. O pai e familiares deverão ser sempre estimulados a colocar o recém-nascido em posição canguru; 9. Um berço, com possibilidade de elevação da cabeceira, no alojamento conjunto de pais e filho deverá ser mantido para realização de exames clínicos e permanência do bebê sempre que os pais e a equipe de saúde acharem necessários; 10. As atribuições da equipe de saúde são: manter os pais e familiares orientados em todas as três etapas do Método Mãe-Canguru; oferecer suporte emocional e estimular os pais em todos os momentos; promover o aleitamento materno; promover e desenvolver ações educativas abordando higiene, nutrição e cuidados saudáveis; promover e desenvolver atividades recreativas para os pais durante o período de internação hospitalar; participar de treinamentos em serviço para uma atenção de qualidade e orientar os pais e familiares na hora da alta hospitalar.

A promoção desses aspectos inclui respeito à humanização do nascimento aliando segurança técnica da atuação profissional, condições hospitalares adequadas e a suavidade do toque durante todos os cuidados prestados.

No serviço de neonatologia do HU/UFSC, a proposta de humanização da assistência baseada no projeto Mãe-Canguru foi introduzida em 1996, estimulando a participação dos pais nos cuidados e o contato pele-a-pele precoce. A equipe da neonatologia, da qual faço parte, foi sensibilizada e capacitada para as mudanças nas rotinas de assistência ao bebê prematuro, sendo elaborado projeto no qual se buscava recursos para ampliação da área física junto ao BNDES. Uma sala provisória, com dois leitos, foi adaptada em novembro de 2000 para desenvolver a metodologia proposta pela norma do Ministério da Saúde, na condição de “piloto”. Desde então o HU/UFSC é considerado Centro de Referência da Região Sul junto ao Ministério da Saúde.

Atualmente, o setor de neonatologia do HU/UFSC aguarda a liberação da vigilância sanitária municipal para ocupar a área física que foi ampliada, tendo sido financiada pelo BNDES. Esta área se insere em anexo, aguardando o credenciamento de oito leitos para a Unidade Canguru. A Unidade Canguru Neonatal é aquela que deverá receber o recém-nascido transferido para a segunda etapa quando clinicamente estável e com peso igual ou superior a 1.250g. Inicia-se então o alojamento conjunto onde a posição canguru será promovida a maior parte do tempo possível e os pais começam a assumir os cuidados com seu bebê, favorecendo a amamentação e estabelecendo o vínculo com outros familiares.

O Método Mãe-Canguru do HU/UFSC, onde desenvolvo minha prática assistencial, promove a primeira etapa do método, na Unidade de Tratamento Intensivo e/ou cuidados intermediários onde os pais participam da internação do filho, o que é de extrema importância para que elaborem os seus conflitos acerca do nascimento do bebê e comecem a interagir com o mesmo, podendo reconhecê-lo como seu. Ao acompanhar a internação do seu bebê na UTI Neonatal, participando ativamente, a mãe e o pai preparam-se, gradativamente, para a segunda etapa do Método Canguru.

A segunda etapa vem acontecendo na sala de cuidados intermediários da Unidade de Neonatologia. Nesta etapa, os pais são incentivados a utilizar a posição canguru pelo maior tempo possível respeitando as diferenças individuais. É valorizada a competência materna para os cuidados com o filho e, com suporte da equipe, a mãe vai assumindo, cada vez mais, atividades ligadas à higiene e à nutrição. O pai, sempre que possível, é estimulado e inserido nos cuidados e na realização da posição canguru. O aleitamento materno é incentivado, passando por

todas as etapas até a livre demanda. Os bebês com dificuldade de sucção recebem especial atenção do fonoaudiólogo.

A terceira etapa do Método Mãe-Canguru é desenvolvida na própria Unidade de Neonatologia, na sala de cuidados mínimos. O bebê é desospitalizado e sua reinternação é garantida, se necessário, bem como o Serviço assegura à família assistência 24 horas por pessoal habilitado. Para receber alta para a terceira etapa, ou seja, ingressar na terceira etapa, o bebê deverá ter atingido 1.750g e seus pais precisam residir na grande Florianópolis. Seu retorno é programado para duas vezes por semana até atingir 2.000g. Nestes retornos o bebê é avaliado pelo médico neonatologista de plantão que realiza exame clínico e aferições pondo-estaturais. A enfermeira, técnicos ou auxiliares de enfermagem auxiliam, se necessário, na aferição de peso, estatura e perímetro cefálico. Evidentemente, interação com a mãe e familiares que acompanham o bebê podendo contribuir com orientações que se fizerem necessárias.

A terceira etapa é a do acompanhamento ambulatorial, cujo objetivo principal é manter a periodicidade das consultas individualizadas, de acordo com o fator de risco, para que a intervenção, quando necessária, ocorra precocemente, diminuindo a reinternação dos bebês observados (BRASIL, 2002, p. 140).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) estabeleceu os recursos mínimos para a implantação da terceira etapa: características do ambulatório, recursos humanos e recursos físicos e materiais.

- Características do ambulatório: O Serviço necessita criar norma escrita sobre o manejo do bebê em cuidado ambulatorial. A equipe deve ter fácil acesso a esta norma e o manejo ambulatorial ser realizado por profissional da equipe de assistência intra-hospitalar. A agenda deverá ser aberta, permitindo atendimento ao bebê em caso de necessidade. O primeiro retorno deverá ser dentro das 48 horas pós-alta hospitalar, com frequência de três consultas na primeira semana, duas na segunda e uma a partir da terceira semana até o peso de 2.500g. Em caso de ausência às consultas deverá ter um sistema de busca ativa. Ativar um sistema de referência/contra-referência com o sistema de saúde da região. Fazer uso de um resumo de alta e evolução durante a primeira e segunda etapa do Método Mãe-Canguru.

- Recursos humanos: médico pediatra apto no Método Mãe-Canguru, bebês de risco, aleitamento materno e alimentação de bebês prematuros ou de baixo peso ao nascer. Enfermeira com conhecimento do Método Mãe-Canguru e de aleitamento materno. Técnico ou auxiliar de enfermagem também com conhecimento do Método e de aleitamento materno. Assistência dos Serviços de Psicologia e Assistência Social.
- Recursos físicos e materiais: sala de consulta ambulatorial que contenha maca, pia, cadeiras, mesa, balança, aquecedor para regiões frias, estetoscópio, otoscópio, lanterna, régua antropométrica, fita métrica, termômetro, impressos para encaminhamentos, planilha de controle e material para avaliação oftalmológica e auditiva.

Os objetivos do Método Mãe-Canguru visam ao atendimento humanizado e tecnicamente capaz ao bebê e sua família após a alta, estimular a prática da posição canguru em casa (terceira etapa), o aleitamento materno e os cuidados de higiene, avaliar o crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor, diagnosticando precocemente os desvios, seqüelas e situações clínicas de risco, identificando as que necessitem de intervenção; possibilitar alta hospitalar precoce; ser campo de estágio para estudantes e residentes e verificar os resultados dos cuidados recebidos na UTI Neonatal.

Na etapa hospitalar, mesmo com a participação dos pais, a equipe comanda o processo. Já, na etapa ambulatorial, os protagonistas do cuidado são a família e a rede sócio-familiar que pode ou não se estabelecer. Desta forma, emerge um grande desafio para o Serviço responsável pela terceira etapa do Método Mãe-Canguru.

É preciso garantir a continuidade da assistência ao recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso e familiares, promover a realização do método e do aleitamento materno, realizar exame físico do bebê considerando a idade gestacional corrigida, orientar e observar a administração de medicamentos prescritos, avaliar o equilíbrio psicoafetivo entre o bebê, mãe e familiares, intervir em situações de risco (ganho ponderal inadequado, sinais de refluxo gastroesofágico, infecções, apnéias, anemias graves etc), orientar e acompanhar tratamentos especializados e o esquema adequado de imunização.

Atuando como enfermeira assistencial no Serviço de Neonatologia do HU/UFSC percebi a carência da atuação de uma equipe interdisciplinar na terceira etapa do Método Mãe-Canguru, a necessidade de inserir a atuação do enfermeiro como preconiza o Ministério da Saúde buscando assim reduzir ou prevenir situações de descontinuidade dentro desta proposta de atenção humanizada.

Observei também falhas ou quase total ausência de registro para controle dos bebês já acompanhados na terceira etapa, no ambulatório Canguru. Inexiste *feedback* para a equipe que atuou na primeira e segunda etapa do método e não são conhecidos os mecanismos acionados pelas mães e famílias no enfrentamento das adversidades surgidas na condução da terceira etapa, bem como o seu compromisso com a realização do método 24h/dia.

Frente a esta realidade e buscando o cuidado adaptativo surgiram alguns questionamentos: será que nós profissionais inserimos adequadamente os pais nos cuidados ao RN na primeira e segunda etapa preparando os pais para a terceira etapa? Que dúvidas acompanham os pais na terceira etapa? Como os pais reconhecem o manejo canguru? Quem são os atores sociais envolvidos com a família e o RNBP? Como a família recebe a notícia de que seu bebê irá para a terceira etapa? Como os pais estão sendo orientados no momento da alta para a terceira etapa? Como os pais se sentem ao chegar em casa com seu bebê? Como acontece a terceira etapa? Qual o percentual dos encaminhamentos de alto risco e de baixo risco ao ambulatório de desenvolvimento?

A enfermeira, em conjunto com os demais profissionais da equipe neonatal, realiza o cuidado ao recém-nascido e presta atendimento às necessidades dos pais, em período integral, ou seja, nas 24 horas do dia, durante a hospitalização.

Guimarães (2006), comenta que a participação da enfermeira em grupos de discussão e na aplicabilidade global do Método vem sendo cada vez mais prestigiada, fornecendo contribuições para o sucesso da implementação do MMC. No entanto, há ainda uma lacuna no que diz respeito à sistematização da assistência de enfermagem durante a promoção e a prática do Método, uma vez que o Método em si não contempla o processo de cuidar em enfermagem. A enfermeira, dentro deste contexto, é a profissional que coleta dados, diagnostica, planeja as intervenções e implementa ações dentro do Método, focalizando o apego entre estes bebês e os pais, mas carece de fundamentação teórica e metodológica que organize, direcione e fundamente o cuidado de enfermagem.

Deste modo, a intenção com este estudo é a de aliar o planejamento, a aplicação e a análise da sistematização do cuidado de enfermagem com um percurso investigativo que possibilite o surgimento de algumas respostas às inquietações demandadas deste mesmo processo de cuidar. Acredito que, em razão disto, a enfermeira deva estar revestida de uma conexão de papéis que permita, ao mesmo tempo, pesquisar enquanto cuida. Esta conexão é proporcionada pela Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA), propiciando que a enfermeira encontre formas de auxiliar os pais nas adaptações inerentes a este caminhar, “guiada por um processo crescente que vai ‘do que fazer’ para o ‘como fazer’ e, deste, para o ‘por que fazer’, ou seja, ‘saber fazer’” (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 29).

Em face deste contexto descrito, proponho buscar respostas para as seguintes questões de pesquisa: *1) Qual é a experiência das famílias em relação ao processo adaptativo na terceira etapa do Método Mãe-Canguru? 2) De que modo a enfermeira pode contribuir para promover o cuidado adaptativo dos recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso em terceira etapa do Método Mãe-Canguru?*

Por reconhecer a terceira etapa como aquela que dá continuidade à assistência ao recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso após a alta hospitalar, exigindo diferentes modos adaptativos de todos os envolvidos, optei por realizar o presente projeto de pesquisa que tem como objetivos:

- **Investigar a experiência no processo de adaptação de famílias na terceira etapa do Método Mãe-Canguru com recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso.**
- **Implementar a consulta de enfermagem com cada participante do estudo referente aos quatro modos adaptativos da Teoria de Roy.**
- **Introduzir inovações no serviço de enfermagem de modo a inserir a atuação da enfermeira no cuidado na terceira etapa do Método Mãe-Canguru no HU/UFSC.**

Para fundamentar esta proposta, adotei como referencial teórico o Modelo de Adaptação proposto por Sister Callista Roy, cuja abordagem focaliza os indivíduos vivenciando mudanças significativas em suas vidas. Tal escolha se deu, por encontrar no seu interior, pressupostos, conceitos e proposições, logicamente interrelacionados, coerentes e consistentes capazes de direcionar a prática

assistencial e o estudo com pensamento criativo, uma vez que acredito que o referencial teórico não pode escravizar-me formalmente e sim agregar subsídios para desenvolver raciocínio e ter organicidade de pesquisadora.

Neste modelo, os seres humanos são percebidos como sistemas biopsi-cossociais adaptáveis que enfrentam mudanças ambientais por meio do processo de adaptação. O sistema humano inclui subsistemas ou modos de respostas que por sua vez constituem modos adaptativos que fornecem mecanismos para o enfrentamento dos estímulos ambientais e das mudanças. O nascimento prematuro, pode então ser visto como um momento de adaptação.

A opção pelo referencial metodológico se faz em função do tema e do problema de pesquisa (NASCIMENTO, 2003). Assim, utilizei a Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA), pois o estudo emergiu com a intenção de encontrar respostas para inquietações, situações-problema, advindas de minha prática assistencial, e a partir daí, quem sabe, ao preencher lacunas de conhecimento em relação ao fazer assistencial, possa produzir novos saberes, capazes de minimizar ou resolver problemas da prática. Vale lembrar que, segundo as autoras desse referencial metodológico, a principal característica da PCA “consiste na sua articulação com a prática assistencial” (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 26).

Pesquisar percepções de mães e familiares na terceira etapa do Método Mãe-Canguru alimenta minha crença e esperança de poder contribuir para a inserção da enfermeira nesta etapa sincronizando o estudo com o cenário da prática assistencial na unidade de Neonatologia do HU/UFSC.



2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo farei uma incursão na literatura buscando a história da assistência neonatal, incluindo neste contexto, o surgimento do Método Mãe-Canguru. Após, apresento uma contextualização do Método, bem como os principais conhecimentos produzidos sobre esta temática na terceira etapa do Método Mãe-Canguru.

Os descritores utilizados para acesso à busca bibliográfica foram: método mãe-canguru, recém-nascido prematuro, neonatologia, e UTI neonatal. Kangaroo mother method, newborns preterm neonates, neonatology and neonatal intensive care unit. Trabalhos obtidos por meio da base de dados Medline e Lilacs, nos principais periódicos de enfermagem e das ciências médicas e psicologia.

2.1 HISTÓRIA DA ASSISTÊNCIA NEONATAL

As mudanças relacionadas aos cuidados à criança, ocorreram muito lentamente, no final do século XIX e início do século XX. No século XIX, as crianças eram ignoradas pela classe médica, não existiam instituições que se dedicassem aos cuidados infantis, exceto algumas fundações, onde eram altas as taxas de mortalidade infantil. Essas, adicionadas à queda na taxa de natalidade ocasionaram receio na população européia, o que contribuiu para o surgimento do Movimento para a saúde da Criança, entre 1870 e 1920. O movimento buscava preservar a vida das crianças, inclusive dos recém-nascidos prematuros, o que fez deste um marco na história da medicina neonatal (LUSSKY, 1999).

A neonatologia é considerada tendo seu início com o obstetra francês Pierre Budin, que estendeu sua preocupação com os recém-nascidos além das salas de parto. Budin criou um ambulatório de puericultura no Hospital Charité, em Paris,

no ano de 1892, e foi o responsável pelo desenvolvimento dos princípios e métodos que passaram a formar a base da medicina neonatal (AVERY, 1999).

Scochi (2000) descreve que os bebês eram pesados e examinados semanalmente; mães encorajadas para o aleitamento materno, recebiam orientação e supervisão, porém quando o leite materno era insuficiente, Budin e seus alunos utilizavam amas de leite ou prescreviam o aleitamento misto ou artificial, com o leite de vaca esterilizado, fornecido diariamente para cada refeição. O contato precoce da mãe com os neonatos pré-termo e enfermos era estimulado por facilitar o aleitamento materno.

No final do século XIX as incubadoras estavam sendo usadas no tratamento de crianças prematuras, com sucesso. Martin Couney, aluno de Budin, foi para os Estados Unidos, em 1896, sendo considerado o primeiro a oferecer cuidados especializados à crianças prematuras (LUSSKY, 1999).

Couney conseguiu, em quatro décadas, evitar a morte de 5.000 prematuros. Participou da exposição de Berlim, em 1886, e de outras exposições na Inglaterra e nos Estados Unidos, onde expunha seus bebês, instalando-se, posteriormente, em Coney Island. Diferentemente de seu professor, Couney não permitia a participação das mães nos cuidados de seus filhos, encontrando dificuldades em persuadi-las a receber seus filhos após a alta hospitalar. Os bebês cedidos a Couney vinham das maternidades alemãs, que não acreditavam na sua sobrevivência, porém, reconhecendo o interesse do público pelos pequenos bebês, este professor passou a cobrar ingressos nas suas exposições (SCOCHI, 2000).

No início do século XX as taxas de mortalidade entre os recém-nascidos mantiveram-se elevadas e, além da prematuridade, as infecções hospitalares também eram responsáveis pela maioria dos óbitos (OLIVEIRA, 1998).

Com os avanços técnico-científicos na neonatologia, reduziram-se as taxas de mortalidade, a infecção hospitalar foi controlada com o isolamento estrito do recém-nascido na maternidade, mas isso ocasionou a separação entre mãe e filho, prejudicando o vínculo entre eles e o aleitamento.

A tecnologia do cuidado resultou igualmente em aumento de manipulação dos prematuros, levando-os a permanecer sob forte luminosidade e ruídos ambientais durante todo o tempo (LAMY, 1995).

Caetano (2004) relata que, na segunda metade do século XX, estudos foram desenvolvidos para pontuar os efeitos negativos da separação precoce entre mãe e filho e enfatizar a importância do aleitamento materno. O impacto dos resultados obtidos nesses estudos impulsionaram o aparecimento do alojamento conjunto, com objetivo de incentivar a mãe a cuidar de seu filho e facilitar o relacionamento entre ambos.

A implantação do alojamento conjunto foi embasada nos resultados de estudos na área da Psicossomática, Psicodinâmica, Fisiologia Aplicada ao Comportamento e de investigações epidemiológicas, os quais mostraram os inconvenientes clínico-patológicos causados pela concentração de crianças nos berçários, principalmente com relação ao perigo de infecção cruzada; pela falta de vagas e escassez de pessoal. A separação do binômio e as inflexíveis regras dos berçários passaram a ser questionadas, pois vislumbrou-se que a reaproximação mãe-filho, com as devidas precauções, proporcionaria proteção adequada contra infecção, além de restabelecer a satisfação psicológica da mãe e do bebê, através do relacionamento entre eles (COSTA, 2005, p. 27-28).

Acontece, então, uma preocupação mundial crescente em aliar os avanços tecnológicos com uma assistência sensível e individualizada. Aos cuidados básicos com o recém-nascido dispensados nas unidades de terapia intensiva neonatais (UTIN) como alimentação, termorregulação e prevenção de infecção incorporam-se formas de atendimento com vistas a maior humanização adequando posturas que impliquem mudanças ambientais e comportamentais centradas no princípio de cidadania da família, objetivando maior apego, incentivo ao aleitamento materno, melhor desenvolvimento e segurança da criança e da família, a assistência multiprofissional, o seguimento a longo prazo e a desospitalização (SCOCHI, 2000).

Várias tentativas surgem para humanizar a assistência ao recém-nascido em unidade de terapia intensiva. Klaus e Kennel (1993) destacam: abertura da UTI neonatal aos pais, condução da mãe para próximo do filho, participação da mãe no atendimento diurno para bebês prematuros, alojamento conjunto para pais de bebês prematuros, “aninhamento”⁶, alta precoce, entrevista com os pais, grupo de pais, contato programado e interação recíproca, conduzir o bebê prematuro saudável na incubadora para a mãe, intervenção domiciliar para os pais jovens, conversas com os pais após a alta.

⁶ Promovemos o “aninhamento” oferecendo aconchego ao RN no berço ou na incubadora utilizando “rolinhos de pano” para que ele se sinta mais protegido.

O processo de humanização do atendimento nas UTIs neonatais emergiu no final da década de 60, expandindo-se para a década de 70. Teve início a partir dos avanços na área da Psicologia e Psiquiatria Infantil, questionando a separação mãe-filho, além das tecnologias que possibilitaram o maior controle das doenças infecciosas. Esse instrumental forneceu as bases teóricas que culminaram com a reintrodução dos pais nas unidades neonatais. Iniciou-se assim, articulação entre os diferentes níveis de atenção: pré-natal, intra-hospitalar, seguimento pós-natal; de modo a assegurar a continuidade da assistência, visando ao diagnóstico e intervenção precoce e à redução da morbi-mortalidade (LAMY, 1995).

O mais importante efeito, no entanto, foi a forma como o recém-nascido passou a ser percebido: agora como um indivíduo, um sujeito com direito ao melhor cuidado disponível, principalmente quando se considera sua expectativa de vida. Esse fato mudou a cena neonatal irrevogavelmente SILVERMANN, (*apud* SINCLAIR; BRACKEN, 1993).

Segundo Boff (1999), o cuidado representa uma atitude de ocupação, de envolvimento e de responsabilização com o outro. A partir dessa ótica, a humanização proposta abrange atenção individualizada ao bebê e sua família, adequação ao ambiente e cuidados com o cuidador.

Humanizar, no âmbito do cuidado ao recém-nascido, envolve técnicas de manuseio, vigilância quanto aos sinais de risco, estimulação sensorial positiva através do contato pele-a-pele e o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento dessas crianças (LAMY *et al.*, 2005).

O cuidado centrado na família é uma nova filosofia de cuidado que coloca a família, ao invés do hospital e da equipe médica, no centro da prestação de assistência. A implementação requer mudanças de atitude da família e dos profissionais de saúde tanto quanto exige reformulação da política e prática de saúde existentes (HOSTLER, 1991).

Scochi (2000) aborda a doutrina da humanização da assistência neonatal, inserida em um movimento internacional maior – o dos Direitos Universais, cujos princípios voltados aos cuidados à criança nascida pré-termo e sua família se assentam nos direitos de cidadania de ter garantido o acesso a serviços de boa qualidade e integrados de modo a assegurarem a continuidade da assistência; ser atendido em suas necessidades biológicas, emocionais e psicossociais; ser acolhido pelos trabalhadores e serviços; ter os pais junto ao filho, participando

ativamente do processo terapêutico e da tomada de decisões relativas ao desenvolvimento integral da criança; ter garantido os seus direitos de cidadão.

Da década de 80 para cá, ampliaram-se as dimensões do cuidado no sentido de harmonizar o ambiente da unidade neonatal, evitando a superestimulação do prematuro pelo excesso de luminosidade, ruídos e manipulação, por gerarem dor, estresse e desconforto ao bebê prematuro. Estratégias comportamentais de contenção, posicionamento e de estimulação sensorial não dolorosa também passaram a ser utilizadas no processo de trabalho, visando o desenvolvimento integral da criança, na perspectiva de humanização da assistência (COSTA, 2005).

Costa (2005) assinala, ainda, o movimento chamado Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) iniciado em 1989 e idealizado pelo Fundo das Nações Unidas (UNICEF), pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e por outras organizações, que teve como objetivo equilibrar o uso da alta tecnologia (que substitui muitos processos naturais pelo uso de aparelhos e artefatos), em direção a uma assistência que englobasse também as perspectivas sociais e humanísticas na assistência pediátrica. Com base neste argumento, Levin (1999) (*apud* COSTA, (2005, p.34-35) apresentou uma denominação mais abrangente – Iniciativa Cuidado Neonatal Humanizado, sugerindo a utilização dos 11 passos que se seguem, para a melhoria do cuidado clínico e psicossocial, dos recém-nascidos doentes, nas unidades neonatais.

1. Deve-se propiciar a permanência materna junto ao bebê doente 24 horas/dia.
2. Cada membro da equipe deve dar atenção às mães e aos bebês, devendo ser capaz de lidar com aspectos psicológicos.
3. A equipe deve estimular a amamentação para todas as mães e ensinar as técnicas de retirada de leite do peito.
4. Deve-se reduzir o estresse psicológico da mãe durante todo o período de tratamento.
5. Não se deve dar ao recém-nascido qualquer outro alimento além do leite humano, exceto quando clinicamente indicado. Se o bebê não pode sugar, o leite materno deve ser dado por sonda e de preferência pela mãe.
6. O número de testes e exames deve ser reduzido ao mínimo.
7. Os contatos mãe-bebê, pele-a-pele e olho-no-olho devem ser usados tão logo quanto possível.
8. Deve-se reduzir o uso de equipamentos médicos no cuidado infantil.
9. A terapia agressiva deve ser reduzida ao mínimo
10. Mãe e bebê devem ser considerados com um estreito sistema psicossomático. As visitas diárias da equipe devem ser voltadas não somente para o bebê, como também para as necessidades da mãe, o que inclui um ginecologista e outros especialistas.
11. Durante uma permanência hospitalar prolongada, deve-se permitir a visita de familiares saudáveis à mãe e ao bebê, como por exemplo, o pai, avós e outros que ajudam, Levin (1999) (*apud* COSTA, 2005, p. 34-35).

Segundo Deslandes (2004) o termo “humanização” vem sendo utilizado com frequência no âmbito da saúde, para qualificar as formas de assistência que valorizem a qualidade do cuidado sob ponto de vista técnico, associados ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais, implicando ainda a valorização do profissional. A humanização é, com frequência, apresentada como um desafio que parece ser de responsabilidade exclusiva da ação do profissional dirigida aos usuários dos serviços de saúde.

Contudo não podemos e não devemos esquecer que a humanização também deve ser estendida ao profissional através de ações que envolvam seu processo de trabalho. A Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru caminha em direção à superação da clássica fragmentação entre ações de humanização e ações assistenciais (LAMY *et al.*, 2005).

O Método Canguru vem se firmando enquanto proposta de cuidado integral e individualizado, abrange questões como os cuidados técnicos com o bebê (manuseio, atenção às necessidades individuais, cuidados com luz, som, dor); o acolhimento à família; a promoção do vínculo mãe/bebê e do aleitamento materno; e o acompanhamento ambulatorial após a alta e, como refere Caetano (2004), tendo a possibilidade de minimizar os custos hospitalares nessa assistência.

2.2 A SEMEADURA DO MÉTODO MÃE-CANGURU

Nos últimos anos vem crescendo no Brasil o número de UTIs neonatais permitindo um atendimento mais adequado aos casos de prematuridade e de baixo peso ao nascer.

O Método Mãe-Canguru é eficaz, de fácil aplicação e que promove a saúde e o bem estar tanto de recém-nascidos pré-termo como os nascidos a termo (OMS, 2004).

Suas principais características são: contato pele-a-pele precoce, contínuo e prolongado entre a mãe e o bebê; promoção do aleitamento materno; inicia-se no hospital e pode continuar-se em casa; os bebês pré-termo podem receber alta precoce; as mães que se encontram em domicílio precisam de um apoio e acompanhamento adequado, e, trata-se de um método atencioso e eficaz que evita atividades cansativas que predominam de forma geral em uma unidade intensiva ocupada por bebês pré-termo (OMS, 2004, p. 2).

O método Mãe Canguru surge como um novo paradigma de atenção perinatal a partir do modelo proposto pelos doutores Edgar Rey Sanabria e Héctor Martinez da Universidade Nacional de Bogotá na Colômbia em 1979 (REY; MARTINEZ, 1983), que iniciaram uma grande transformação na concepção e na forma de lidar com o recém-nascido prematuro e de baixo peso. Os recém-nascidos estavam sujeitos a uma situação crítica de superpopulação (mais de uma criança em cada incubadora), a infecções cruzadas e a ausência de recursos tecnológicos. O desmame precoce determinava a utilização de fórmulas infantis na alimentação dos bebês. A mortalidade era extremamente alta e o abandono materno, freqüente.

De acordo com Whitelaw e Sleath (1985) e Diaz-Rosselo (1996), essas condições dramáticas fizeram os doutores Martinez e Sanabria criar o Programa Mãe-Canguru, um trabalho pragmático que veio revolucionar a forma de tratar os bebês recém-nascidos de baixo peso. Esse método ficou conhecido como “Mãe-Canguru”, devido à semelhança entre a forma como a fêmea canguru carrega seu filhote e as mães desse programa acomodam e cuidam de seus filhos. O método consistia em colocar o bebê entre os seios maternos, em contato pele-a-pele, na posição supina (postura preventiva para refluxo gastroesofágico e aspiração pulmonar). A técnica, de relativo sucesso, oriunda de um país do terceiro mundo, foi motivo de muitas críticas como, por exemplo, o de que a alta hospitalar precoce dessas crianças colocaria em risco suas próprias vidas. Posteriormente, a superação dessas críticas, com mudanças metodológicas na Colômbia (CHARPAK; CALUME; HAMEL, 1999) e uma ampla comprovação em todo mundo das várias propostas de cuidado “Mãe-Canguru”, consolidou-se esta estratégia na atenção perinatal.

Dentre as vantagens deste projeto, destacam-se a manutenção da temperatura corporal do bebê, o estímulo ao aleitamento materno, a diminuição do choro, a melhoria do vínculo mãe-filho, a diminuição do tempo de separação entre ambos, as contribuições para o crescimento do prematuro, o desenvolvimento da confiança dos pais nos cuidados do filho, além da diminuição do tempo de internação e dos índices de infecção hospitalar. O trabalho inicial teve continuidade com o Dr. Hector Martinez Gómez e, posteriormente, com o Dr. Luis Navarrete Pérez, médicos pediatras da mesma instituição colombiana (CHARPAK; CALUME; HAMEL, 1999).

De acordo com Lamy *et al.* (2005), em 1993 as pediatras Dra Nathalie Charpak e Dra Zita Figueroa implantaram o Programa Mãe-Canguru na Clínica Del Nino do Instituto de la Seguridad Social (ISS) da Colômbia, com colaboração de um grupo multiprofissional. Reunido na Fundação Canguru, que conta com o apoio de uma ONG suíça (Worl Laboratory) e da Unión Europea (EED), o grupo difundiu a técnica, realizando também muitas pesquisas para estudo do Método. Na Colômbia a fase hospitalar do método tem como objetivo principal preparar a díade para a prática domiciliar. O Método Canguru é praticado no domicílio materno, inicialmente com acompanhamento diário no ambulatório de seguimento.

2.2.1 O Crescimento do Método Mãe-canguru em outros Países

O Método, internacionalmente conhecido como Kangaroo Mother Care (KMC), passou a ser utilizado a partir da experiência colombiana e da divulgação pelo UNICEF. Desde 1996 acontecem trocas de experiências nos encontros mundiais (International Workshop on Kangaroo Mother Care). O primeiro ocorreu na Itália, depois na Colômbia, Indonésia, África do Sul e no Brasil, no Rio de Janeiro, em novembro de 2004. Trabalhos apresentados no 5º Workshop Mundial do Método Canguru discutiram as estratégias de difusão e avaliação do método nos diferentes países, as dificuldades geográficas, as barreiras culturais e, fundamentalmente, a falta de recursos financeiros dedicados aos cuidados com a saúde nos países em desenvolvimento (LAMY *et al.*, 2005).

Nos serviços de neonatologia da Grã-Bretanha, Alemanha, Dinamarca, Suécia, Canadá, França, África do Sul o método é praticado como um processo de estreitamento do vínculo afetivo mãe-bebê (CHARPAK; CALUME; HAMEL, 1999).

Na Alemanha, o MMC foi introduzido em 1982, com rápida disseminação até 1996, sendo que em 91% dos 175 serviços de Neonatologia investigados por Stening e Roth usavam o MMC (SILVA, 2003).

Nos países que dispõem de tecnologia, o Método contribui para a humanização e para o fortalecimento do vínculo mãe-bebê, beneficiando tanto as mães quanto os bebês (KLAUS; KENNEL, 1995; SILVA, 2003). A posição Canguru também é utilizada para o transporte neonatal. Sontheimer *et al.*, (2004)

dizem que o transporte entre hospitais pode ser seguro quando feito com o recém-nascido em posição canguru, não havendo efeitos fisiológicos deletérios e apontando vantagens em relação ao transporte em incubadora.

Na Escandinávia, o cuidado canguru é utilizado nas unidades neonatais, com duração de uma hora por dia. As publicações analisam parâmetros fisiológicos como temperatura e alterações metabólicas (CHRISTENSSON *et al.*, 1992).

Nos Estados Unidos estudos mostram que o método é seguro para os bebês e permite maior contato com os pais. Também desenvolvem temáticas como benefício da posição canguru em bebês entubados, efeitos no sono, amamentação e desenvolvimento (LEGAULT; GOULET, 1995; LUDINGTON-HOE *et al.*, 2000).

Na Europa, o cuidado canguru está centrado nas unidades neonatais e não são encontradas descrições de práticas domiciliares, diferente da experiência da Colômbia. Estudos realizados na Itália e na Espanha reforçam o valor para o desenvolvimento do bebê, para o aleitamento e para a formação de vínculo (MONASTEROLO *et al.*, 1998).

De acordo com Venâncio e Almeida (2004), vários países europeus adotaram a prática do MMC, confirmando com suas pesquisas, grande parte dos achados iniciais acerca das vantagens do Método.

O Método Mãe-Canguru é abordado a partir dos aspectos fisiológicos dos recém-nascidos que dele participam, os estudos desenvolvidos abordam variáveis como a temperatura corporal, a frequência respiratória, a frequência cardíaca, a saturação de oxigênio, o desenvolvimento neurocomportamental, o choro, o sono e o aleitamento materno exclusivo. Dentre estes, os mais comuns são os que tratam da estabilidade dos sinais vitais no recém-nascido quando em posição canguru, principalmente com relação à manutenção térmica (BOSQUE *et al.*, 1995; TUNELL, 2004).

O desenvolvimento neurocomportamental também é estudado apontando o MMC favorável ao mesmo, salientando que o envolvimento dos pais nos cuidados com seu filho ajuda a promover ou amadurecer os sistemas comportamentais e neurológicos (TÖRNHAGE *et al.*, 1988; FELDMAN, EDELMANN, 2003).

Outros aspectos fisiológicos estudados constataam que o MMC proporciona um significativo aumento na ocorrência de sono profundo nos prematuros, bem como a melhora da postura dos mesmos quando em contato pele-a-pele (MESSMER *et al.*, 1997; FERBER; MAKHOUL, 2004). O Método minimiza e

evita episódios de choro (FERBER; MAKHOUL, 2004), assim como parece diminuir a sensação dolorosa do recém-nascido diante das inúmeras intervenções a que está submetido (JOHNSTON *et al.*, 2003; GRAY; WATT; BLASSI, 2000).

A redução da morbi-mortalidade em recém-nascidos pré-termo também é referenciada frente à importância do MMC (CONDE-AGUDELO, DIAZ, BELIZAN, 2000; KAMBARAMI; CHIDEDE; PEREIRA, 2003) e está associada à estabilidade dos parâmetros fisiológicos do recém-nascido, ao maior ganho ponderal, ao menor tempo de internação e à amamentação exclusiva.

No processo de amamentação o Método é apontado como facilitador promovendo o aleitamento exclusivo, a melhora da produção láctea materna e a diminuição do uso de suplementação alimentar para os bebês (WHEELER *et al.*, 1999; ACOSTA DÍAZ *et al.*, 2003).

Os artigos que abordam aspectos relativos à família que vivencia o MMC relatam o favorecimento da formação de vínculo mãe e bebê, a proximidade e o toque promovidos e o desenvolvimento do senso de competência por parte das mães participantes do Método (TESSIER *et al.*, 1998; FELDMAN, *et al.*, 2003). Os sentimentos e percepções da mãe e família que vivencia o MMC foram relacionados aos sentimentos maternos que permeiam o nascimento de um filho prematuro, a impossibilidade da mãe em cumprir seus papéis sociais, a necessidade de flexibilização da permanência materna no MMC, a proximidade da mãe com o filho, favorecendo a troca de afetividade e o estabelecimento do vínculo, o aumento da confiança dos pais nos cuidados com seus bebês (DUARTE; SENA, 2001; FURLAN; SCCOCHI; FURTADO, 2003) e a influência das interações com a equipe hospitalar e os demais membros da família na efetividade do Método (TOMA, 2003).

O MMC também é estudado no que se refere ao desenvolvimento e aplicação do Método pelas equipes neonatais permitindo uma avaliação sobre o progresso na execução e na qualidade do cuidado desenvolvido (BERG; PATTINSON, 2003). Outros discutem sobre a organização do cuidado canguru e analisam as suas vantagens e desvantagens para os pais e a equipe médica (VIAL-COURMONT, 2000).

2.2.2 As Flores e Frutos do Método Mãe-Canguru no contexto Brasileiro

Este método passou a ser adotado e implantado no Brasil primeiramente na cidade de Santos, no hospital Guilherme Álvaro, e no Recife, no Instituto Materno Infantil de Pernambuco. A partir de então diversos hospitais passaram a realizar a postura de colocação dos bebês sobre o peito da mãe e, em algumas situações, nem sempre com metodologia e critérios adequados (CARVALHO; PROCHNICK, 2001).

Segundo Carvalho e Prochnick (2001), o Instituto Materno Infantil de Pernambuco, em 1997, recebeu o prêmio “Gestão Pública e Cidadania”, concedido pela Fundação Getúlio Vargas, por utilizar o MMC nas rotinas de atendimento aos prematuros. Esta premiação chamou atenção do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) que se articulou com o Ministério da Saúde para que este tipo de atendimento fosse oficializado como modalidade assistencial do SUS (Sistema Único de Saúde).

No Brasil, o processo de implantação e divulgação do MMC foi abordado em dois encontros importantes, sendo o primeiro o Encontro Nacional de Assistência Mãe Canguru, realizado em janeiro de 1999, na cidade de Recife. Em março deste mesmo ano, o BNDES (Banco Nacional do Desenvolvimento Econômico e Social) promoveu, na cidade do Rio de Janeiro, a Conferência Nacional sobre o Método Mãe Canguru de Assistência ao Prematuro, onde este método foi amplamente divulgado. A partir de então desenvolveu-se um movimento que culminou na elaboração da Norma de Atenção Humanizada ao Recém Nascido de Baixo Peso – Método Mãe Canguru pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 693 de 05/07/2000, que objetiva a padronização deste tipo de atendimento (BRASIL, 2000).

O Método Canguru foi assim incluído na Política Governamental de Saúde Pública, no Brasil, como um procedimento de assistência médica, com inclusão na tabela de procedimentos do SUS (LAMY *et al.*, 2005).

De acordo com Contijo (2006), com a normatização, as Unidades de Saúde tinham em mãos, as informações sobre a aplicação do MMC, a população atendida, os recursos necessários para a adoção do Método, as normas gerais e as vantagens na promoção da saúde do bebê. O objetivo desta norma era implantar o MMC nas 255 Unidades Hospitalares de Atenção à Gestante de Alto Risco, pertencentes ao

Sistema Único de Saúde e apoiar outras equipes multi-profissionais, na implantação do Método em outras Unidades do país.

No ano de 2000, o Ministério da Saúde, o BNDES e a Fundação Orsa, realizaram uma parceria, visando à disseminação do método e o treinamento de maternidades, para a sua implantação. Segundo a Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno do MS, até o ano de 2004, haviam sido capacitados profissionais de 311 maternidades (CONTIJO, 2006).

Os primeiros centros de capacitação foram o Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), em Recife; o Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, em São Luís; a Maternidade Escola Assis Chateaubriand da Universidade Federal do Ceará, em parceria com a Maternidade César Calls, em Fortaleza; a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro; o Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, em Florianópolis. Visando atender à crescente demanda, no segundo ano do treinamento foram definidos dois novos centros de referência: o Hospital Regional de Taguatinga, no Distrito Federal, e o Hospital Geral de Itapeverica da Serra, em São Paulo (LAMY *et al.*, 2005).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) recomenda que toda equipe de saúde responsável pelo atendimento mãe e filho conheça a importância do método e esteja capacitado para a mudança na postura profissional, tornando-se cada vez mais um ser preocupado com a abordagem holística de seu paciente, a fim de que a implantação dessa assistência humanizada aconteça em todas as suas etapas, respeitando a individualidade e a subjetividade de cada bebê e sua família, com o foco pautado nos pilares do Método Canguru: acolhimento, promoção do contato pele-a-pele o mais precoce possível, envolvimento dos pais no cuidado do bebê, garantia do aleitamento materno e o favorecimento da agregação familiar. Na medida do possível a equipe multiprofissional deve ser constituída por médicos (neonatologistas, obstetras, oftalmologistas), enfermeiros, auxiliares de enfermagem, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, nutricionistas e terapeutas ocupacionais.

As taxas de baixo peso ao nascer, nos países desenvolvidos, estão entre 5% e 6% enquanto no Brasil, segundo o SINASC (Sistema de Informações de Nascidos Vivos), essa taxa chega a cerca de 9,2%, podendo ultrapassar 10% nas zonas rurais. Estudos realizados em Pelotas/RS evidenciaram que um bebê que

nasce com menos de 2.500 gramas tem dezoito vezes mais risco de morrer no primeiro ano de vida, quando comparado a recém-nascidos que apresentam peso superior. Uma avaliação das causas de internação e óbitos em menores de um ano no Sistema Único de Saúde (SUS) em 1996 mostrou que 69% dos óbitos neonatais, tinham como fatores associados, a prematuridade e o baixo peso ao nascer (CARVALHO; PROCHNICK, 2001).

Para Gianini e Gomes (2002), todo o trabalho desenvolvido deve estar fundamentado na integração da equipe, tanto no que diz respeito à atuação interdisciplinar quanto na responsabilidade de todos com relação às ações de humanização. Não é possível pensar a atenção de forma fragmentada, com um grupo de profissionais responsáveis pela assistência de terapia intensiva e um outro responsável pela humanização.

Campos (2007), cita a obra sob o título Humanização dos Cuidados em Saúde: Conceitos, Dilemas e Práticas, organizado pela socióloga Suely Ferreira Deslandes, a qual possui conteúdo de excelente natureza, sobretudo porque nele os autores se apresentam como investigadores e profissionais de saúde dotados de forte sentido existencial e humano. Demonstra a preocupação com a humanização da assistência e a sensibilização da equipe e das instituições de saúde que assistem a mulher e a criança, tendo como alvo do cuidado a família e a saúde dos trabalhadores da saúde, que, demandam atenção.

O MMC utiliza ainda estratégias mobilizadoras e organizadoras seguindo 10 passos para o alcance de seus objetivos, sendo esses: 1) política escrita; 2) pessoal capacitado; 3) gestantes informadas; 4) iniciar o mais cedo possível; 5) demonstrar apoio; 6) contato pele-a-pele; 7) leito conjunto (mãe-bebê); 8) aleitamento materno acompanhado; 9) sem bicos e mamadeiras; 10) grupos de apoio (CARVALHO; PROCHNICK, 2001).

O método possui características próprias, práticas, com baixo custo tanto de implementação quanto de manutenção, que têm sido apontadas com grande ênfase na literatura brasileira e estrangeira.

Assim, Carvalho e Prochnick (2001), Charpak, Calume e Hamel (1999) e o próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), descrevem de forma concisa as vantagens proporcionadas pelo Método, como sendo: a introdução do Método nas maternidades não exige grandes investimentos. Ao contrário, trata-se basicamente

de capacitação, haja vista que os pais são as figuras principais do programa; uma vez adquirida esta capacitação, pode-se atender a um grande número de tríades; o método libera incubadoras para outros recém-nascidos, isto é, além de não precisar de grandes recursos, sua adoção implica em necessidade menor de uso de equipamentos; estima-se que o custo da diária hospitalar da maternidade em uma enfermaria-canguru seja de 25% do custo das incubadoras; a estadia no hospital é menor, diminuindo o custo total do cuidado prestado ao recém-nascido; o aleitamento materno elimina contatos precoces do bebê com água não-potável, usada nas fórmulas para alimentação de pré-termo e/ou de baixo peso, e evita, conseqüentemente, a diarreia e outras infecções responsáveis por um número significativo de mortes na infância; fatores como o baixo nível de educação e de renda dos pais e a grande incidência de mães adolescentes que dão à luz bebês pré-termo e/ou de baixo peso devem ser levados em conta. Enquanto permanecem na maternidade, essas mães são ajudadas e instruídas sobre como cuidar de seu filho pré-termo e/ou de baixo peso, da alimentação, dos cuidados de higiene e conforto, dentre outros, diminuindo a incidência de mortalidade por essa causa. Desta forma, os autores ressaltam ainda que quanto mais pobre for a população a ser atendida, maior o impacto do MMC.

Estes cuidados traduzem a Norma de Atenção ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru, abrangendo desde a unidade intensiva até o acompanhamento ambulatorial, e está dividido em três etapas.

A primeira etapa está focada nos aspecto psico-afetivos que cercam o nascimento de um recém-nascido, prematuro ou gravemente enfermo, impossibilitado de ir para o alojamento conjunto, priorizando uma intervenção multidisciplinar iniciada ainda no ambiente da UTI. Neste momento, aos cuidados técnicos relativos ao atendimento do RN inclui-se o cuidado à mãe e à família, no sentido de orientar não só quanto às condições de saúde da criança, como também estimular o livre acesso dos pais à UTI favorecendo o contato tátil com o RN, assim como a co-participação da mãe e do pai nos cuidados com o bebê, promovendo um processo contínuo na formação do apego entre bebês e seus pais (BRASIL, 2002).

Esta etapa exige da equipe neonatal, instrumentos que permitam reflexão sobre suas práticas junto ao RN e a sua família, pois compreende que o tratamento

do RN envolve muito mais do que apenas a utilização de procedimentos e técnicas (BRASIL, 2002).

A segunda etapa caracteriza-se pela melhora e estabilidade clínica do bebê possibilitando o acompanhamento contínuo da mãe na enfermaria canguru. Os pais têm participação efetiva nos cuidados do bebê e no seu desenvolvimento psico-afetivo. A formação do vínculo não é um acontecimento imediato, vai-se construindo por meio de interações sucessivas e contribuindo para menor probabilidade de negligência, maus tratos e abandono (BRASIL, 2002).

A terceira etapa permite uma alta precoce, quando o RN atinge 1.750g. Objetiva a continuidade da assistência através do acompanhamento ambulatorial, individualizado, buscando observar o desenvolvimento global do bebê, através de um programa de *follow up*. Nesta etapa, o controle regular do peso e das condições gerais do bebê por meio de consultas freqüentes são fundamentais. Nesta fase, a Instituição deverá ter agenda aberta que permita o retorno não agendado caso a criança necessite. A alta da terceira etapa ocorre quando o bebê atinge 2.500 gramas, segundo orientação do Ministério da Saúde. A partir de então, seguem-se protocolos de acompanhamento de crescimento e desenvolvimento de bebês egressos de UTIN (BRASIL, 2002).

Nas percepções de pais sobre seus filhos internados em uma unidade de terapia intensiva neonatal, (LAMY; GOMES; CARVALHO, 1997), existem reflexos de informações presentes no senso comum. Informações acumuladas, muitas vezes desde a infância, dependentes da origem social e cultural de cada um. Segundo os autores, a forma como os pais vivenciam a internação do filho dependia diretamente de experiências anteriores pelas quais já haviam passado.

Estes autores afirmam que os pais mesmo com todas as dificuldades de reconhecer o bebê doente como o filho esperado durante toda gestação, sempre o veem como uma pessoa, com sentimentos e individualidades, e dessa forma procuram se relacionar com ele, apesar de toda impessoalidade do ambiente (LAMY; GOMES; CARVALHO, 1997) .

Outro estudo centrado na família, colocando-a como foco central de um grupo de apoio, foi pesquisado por Buarque *et al.*, (2006). Neste estudo a família demonstrou prover ajuda desenvolvendo estratégias de apoio emocional, de

fortalecimento de informações, aumentando a percepção saudável da crise de nascimento e hospitalização do recém-nascido de risco, além de possibilitar capacitação, no sentido de restaurar a competência parental.

O apoio formal, realizado por uma equipe interdisciplinar de profissionais, e o apoio informal, representado pela participação dos pais em todas as etapas do processo vivenciado pelos pais, promove habilidades de enfrentamento e adaptação dos familiares. O apoio das avós entre os familiares e o apoio voluntário pais-para-pais também fortalecem as famílias, ampliando a rede de apoio aos pais, no ambiente hospitalar e em casa (BUARQUE *et al.*, 2006).

No Brasil, as publicações apontam para a importância da equipe de saúde ser treinada e sensibilizada para o desenvolvimento do Método (FURLAN; SCCOCHI; FURTADO, 2003) e ainda que os profissionais devem saber reconhecer as necessidades e respeitar os sentimentos e dificuldades das mães que realizam o cuidado canguru, bem como reconhecer a rede de apoio familiar que possa favorecer o sucesso deste Método (DUARTE; SENA, 2001; TOMA, 2003).

Costa (2005), com a finalidade de conhecer o estado da arte da produção publicada a respeito do MMC, realizou uma incursão detalhada pela literatura, onde detectou e analisou uma importante parte dessa produção, tanto de abrangência nacional, quanto internacional. Foram analisados 80 trabalhos em periódicos internacionais, obtidos por meio da base de dados Medline e Lilacs, durante um período de dez anos (1995 a 2004). Considerando o mesmo período da pesquisa, os periódicos nacionais levantados nos principais periódicos de enfermagem do Brasil foram de somente 11 artigos que se referiam ao cuidado canguru, confirmando um déficit muito grande de trabalhos científicos publicados sobre esta temática.

Segundo Costa e Monticelli (2005), dos onze artigos que se referiam ao cuidado canguru, apenas seis versavam sobre o Método propriamente dito os demais envolviam aspectos esparsos da assistência neonatal, tais como: a assistência ao recém-nascido prematuro, a prematuridade, aspectos epistemológicos da neonatologia, o cuidado em enfermagem neonatológica e o papel psicológico na interação familiar no ambiente de cuidados intensivos neonatais. Dos artigos analisados emergiram quatro categorias, estabelecendo similaridades e contrastes de conteúdo: “influência do MMC na fisiologia do recém-nascido”; “a família que

vivencia o MMC”; “a equipe de saúde e o MMC”; e “recomendações e vantagens para a implantação e desenvolvimento do MMC”.

Assim Costa (2005) problematizou o tema fundamentada nas reflexões da equipe de uma unidade de Neonatologia e contribuiu através de espaços dialógicos com a construção de conhecimentos e transformações pela prática educativa reinserindo o papel de cada profissional enquanto membro da equipe de saúde e a compreensão destes para permitir ampliar a inserção da família na unidade neonatal.

De acordo com Costa (2005), é fundamental que haja na equipe uma sincronia, que a implantação do MMC abra espaço para reflexões sobre a prática assistencial, dificuldades e potencialidades da equipe, buscando cada vez mais a individualização do cuidado, no compromisso de melhorar a qualidade da assistência neonatal e com a certeza de que um ambiente humanizado favorece não só os bebês e suas famílias, mas também toda equipe multidisciplinar.

Seguindo os passos de Costa (2005) e buscando somar com seu levantamento sobre o Método Mãe-Canguru, realizei a mesma pesquisa no período de 2005 a outubro de 2007, na literatura disponível nas bases de dados Medline e Lilacs, bem como nos principais periódicos nacionais da enfermagem como a Revista Latino-Americana de enfermagem, Revista Brasileira de Enfermagem, Texto & Contexto Enfermagem, Acta Paulista de Enfermagem, Revista Paulista de Enfermagem, Revista da Escola de Enfermagem da USP, Revista de Enfermagem da UERJ, Cogitare Enfermagem, Revista mineira de Enfermagem e Revista Gaúcha de Enfermagem; e nos principais periódicos das ciências médicas, psicologia, fisioterapia e fonoaudiologia, tais como: Revista de Saúde Pública, Caderno de Saúde Pública, Jornal de Pediatria, Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil, Revista Latinoamerica de Neonatologia, Revista Paulista de Pediatria, Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia-Femina, Revista de Psicologia USP, Psicologia: Ciência e Profissão, Revista de Psicologia Catharsis, Revista Brasileira de Fisioterapia, Pró-fono Revista de Atualização Científica, Revista Fono Atual e Revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia.

Usando os descritores método mãe-canguru, recém-nascido prematuro, neonatologia, e UTI neonatal. Kangaroo mother method, newborns preterm neonates, neonatology and neonatal intensive care unit, foram analisados três

trabalhos, os quais descreverei na seqüência, dos periódicos internacionais encontrados para o período de três anos (2005 a 2007). Um estudo americano e dois colombianos abordando a temática do cuidado Mãe-Canguru. A produção nacional encontrada para o período foi de 22 artigos.

O estudo de Ludington-Hoe, Hosseini e Torowicz (2005) aborda o contato pele-a-pele, ou seja, a posição canguru, como analgesia para pré-termos durante o procedimento de punção no calcanhar. As observações de respostas fisiológicas e comportamentais foram através do controle da frequência cardíaca frequência respiratória, saturação do nível de oxigênio e o tempo de choro, antes, durante e após o procedimento. Diminuíram significativamente a frequência cardíaca e o tempo de choro durante a posição canguru, e houve aumento do tempo de sono dos bebês. Os autores indicam o contato pele-a-pele como uma analgésico simples e de baixo custo para o alívio da dor nos recém-nascidos pré-termo.

Charpak *et al.*, (2005) descreveram os componentes do Método Mãe-Canguru como intervenção, bases racionais, eficácia e segurança após sua criação em 1978 em Bogotá (Colômbia). Na história do cuidado canguru encontraram estudos fisiológicos que tiveram suas variáveis clinicamente aceitas e idênticas a prematuros sob outro tipo de intervenção assistencial. A temperatura corporal adequada, ganho ponderal e a duração da amamentação foram melhores com a realização do método canguru. Efeitos psicossociais como redução do stress, aumento do vínculo mãe e bebê, efeitos positivos sobre o ambiente familiar e do desenvolvimento cognitivo da criança também foram comprovados dentro do método nos últimos vinte e cinco anos.

A influência do padrão alimentar e outros fatores no crescimento de bebês pré-termo acompanhados em ambulatório no método mãe-canguru foi analisado num estudo de coorte em Bogotá, Colômbia. Como os fortificantes do leite materno recomendados em prematuros são raramente disponíveis em países em desenvolvimento, os autores estudaram o crescimento dos bebês que necessitaram fórmula suplementar por falhas no seu desenvolvimento com leite materno exclusivo. Avaliaram índice de crescimento pela idade gestacional, ganho de peso e teste padrão de alimentação. A conclusão foi de que a fórmula como complemento alimentar deve ser decidida não somente pelo peso de nascimento e idade gestacional corrigida e sim pela monitorização do ganho ponderal enquanto a mãe

for acompanhada e estimulada na manutenção do aleitamento materno. Bebês pré-termo prosperaram menos que outros bebês mesmo com suplemento alimentar (CHARPAK; RUIZ-PELÁEZ; FIGUEROA, 2005).

A produção nacional para o período de 2004 a 2007 teve um aumento na publicação de trabalhos realizados nesta temática.

Como incursão pela literatura objetivando encontrar produção a respeito do MMC foram encontrados dois artigos. Costa (2005), que citei anteriormente, cujos resultados em sua pesquisa apontam o MMC como uma mudança paradigmática no cuidado ao recém-nascido necessitando ser correlacionado com a produção teórica para que a prática seja desenvolvida com a devida sustentação teórica.

Para Cardoso *et al.*, (2006), que abordou aspectos atuais do MMC em uma revisão histórica da implantação do Método Mãe-Canguru e o seu impacto quanto à morbidade e mortalidade nos recém-nascidos de baixo peso, há indicação de que o método reduz a morbidade, custos, tempo de internação hospitalar, humaniza a assistência e favorece o aleitamento materno. Os autores reforçam a necessidade de mais estudos controlados sobre a efetividade e vantagens do MMC em relação ao cuidado tecnológico tradicional dos berçários.

Artigos contextualizando a experiência na Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru totalizaram oito produções. Nessas, o enfoque foi sua implantação em hospitais da rede pública e sobre conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde.

Lamy *et al.*, (2005) estudou a norma no contexto da experiência brasileira resgatando aspectos ligados à origem do Método Canguru na Colômbia e sua utilização em diferentes países. Mapeou a experiência no Brasil distinta da encontrada em países que adotaram ou discutem o método como estratégia de substituição de tecnologia e de maior amplitude da encontrada nos países desenvolvidos, configurando-se como estratégia de qualificação do cuidado neonatal. Reforçam que a plena incorporação do Método Canguru pelas maternidades brasileiras requer estratégias comprometidas com educação permanente de toda equipe envolvida, da mesma forma como ocorre em outros aspectos do cuidado neonatal tendo a humanização como eixo articulador em saúde em tarefa imprescindível para gestores e trabalhadores nas diferentes esferas do sistema de saúde.

Conhecimentos e práticas sobre a Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru foram identificados no estudo de Henning *et al.*, (2006) entre profissionais médicos e de enfermagem em maternidades públicas da cidade do Rio de Janeiro. Abordando suas práticas assistenciais os profissionais utilizam estratégias para minimizar ruído e luminosidade bem como para dor e desconforto, permitem a presença dos pais e promovem posição canguru usando a estabilidade clínica como critério para sua realização. Este estudo concluiu que apesar do conhecimento teórico sobre a Atenção Humanizada, os profissionais não o utilizam plenamente em sua prática clínica, sugerindo que ainda não está completamente assimilada a abrangência desta forma de cuidado neonatal.

A implementação do MMC foi investigada em uma maternidade pública do Rio de Janeiro no período de 2000 a 2002, objetivando caracterizar os neonatos participantes das etapas intra-hospitalares e analisar as necessidades de cuidados especiais na alta hospitalar e as demandas dos pais para a educação em saúde. Cabral e Rodrigues (2006) acompanharam o tempo de internação, a amamentação na primeira, segunda e terceira etapa do método. Caracterizaram os neonatos participantes do MMC emergindo como um novo grupo social com necessidades de cuidados especiais de saúde, mostram ser necessário que os profissionais de saúde, entre eles enfermeiros, promovam a educação dos pais em desenvolver habilidades para administração de medicamentos, ajustes nos cuidados habituais modificados e tecnológicos, além dos cuidados próprios para o desenvolvimento ao bebê prematuro.

Para Cabral e Rodrigues (2006), a presença da família, e não somente da mãe, é indispensável em todas as etapas do método. Sugerem situar o MMC como um modelo assistencial fundamentado na filosofia do cuidado centrado na família, o que levaria a uma mudança do seu nome para Método Família Canguru.

A filosofia do cuidado centrado na família reconhece a família como uma constante na vida da criança e os profissionais e o serviço de saúde como temporários e flutuantes. Além disso, pressupõem que os profissionais de saúde considerem as potencialidades e a individualidade cada família, suas diversidades étnicas, culturais e socioeconômicas, entre outros aspectos. Conseqüentemente, duas palavras-chave são essenciais segundo sua concepção: a parceria e a negociação (CABRAL; RODRIGUES, 2006, p. 631).

Em São Paulo, Colameo e Rea (2006), avaliaram a implantação do MMC em 28 hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) que receberam o curso oferecido pelo Ministério da Saúde. Aplicando escore classificativo baseado nas normas oficiais de implantação, verificaram que os melhores resultados são obtidos pelos Hospitais Escola, Hospitais Amigos da Criança, aqueles com Banco de Leite Humano e os que tiveram mais de 12 profissionais treinados nos Centros de Capacitação MMC. A resistência dos profissionais de saúde à participação da família tem dado ao MMC em São Paulo, um caráter intra-hospitalar, prolongando o tempo de alojamento conjunto e alta próxima à dos cuidados convencionais. Os gestores foram excluídos das estratégias do programa oficial de disseminação.

Para Colameo e Rea (2006), este estudo mostrou que são necessárias mudanças no treinamento inicial para empoderar as famílias dos bebês, os gestores hospitalares e governamentais devem ser incluídos no programa de disseminação e a previsão de recursos orçamentários é essencial para adoção, acompanhamento, avaliação e controle do método.

Toma, Venâncio e Andretto (2007) também estudaram o Método Mãe-Canguru em hospital público de São Paulo, no entanto com foco nas percepções das mães sobre o cuidado ao recém-nascido de baixo peso antes e após a implantação do método. Através de um roteiro de entrevistas com questões abertas emergiram informações de que a necessidade das entrevistadas de cuidar de outros filhos parece ser um dos principais limitadores para a opção ao MMC. Comparando mães entrevistadas antes da implantação do programa, as mães-cangurus são mais jovens, mais escolarizadas, sem outros filhos, recebem mais ajuda nas tarefas domésticas e relataram menos dificuldades na amamentação. Para as autoras, conhecer as limitações e possibilidades de cada família pode contribuir para o aperfeiçoamento do processo de implantação do MMC.

O Hospital Universitário, da Universidade Estadual de Maringá, do Paraná foi estudado em 2002. Neves *et al.*, (2006) relatam a experiência de enfermeiros e equipe multiprofissional na implantação do MMC. Com objetivo de humanizar o cuidado ao recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso uma equipe foi capacitada pelo Ministério da Saúde. As dificuldades encontradas foram em relação à associação entre tecnologia, relacionamento interpessoal e entre as diversas áreas, cuidado humano e participação familiar. No entanto, foi possível quebrar alguns

tabus da assistência médica e de enfermagem tradicionais, com conseqüente aumento na valorização e respeito profissional.

A implantação do MMC, na Maternidade Odete Valadares, Belo Horizonte, foi avaliada pelo estudo de Gontijo (2006) fundamentada em aspectos clássicos da avaliação normativa: estrutura, processo e resultado. O método foi implantado em 2002, após treinamento pelo Ministério da Saúde, com adesão e participação efetiva de alguns profissionais da maternidade. Não houve uma priorização do projeto pela Instituição, o que gerou obstáculos como baixa adesão e capacitação da equipe e a desarticulação entre as três etapas. No entanto, foi um momento importante para a difusão e sistematização de fluxos internos, a abertura do alojamento canguru e a sensibilização dos profissionais. O serviço é bem avaliado pelas mães que se sentem mais seguras no cuidado com o bebê prematuro.

Em uma busca para descrever as bases científicas sobre o atendimento humanizado ao recém-nascido, a implantação do MMC é descrita como um cuidado que proporciona aos profissionais que com ele trabalham, mudanças e alterações no atendimento, acolhimento amoroso principalmente no ambiente da Unidade de Internação Neonatal, onde o foco de atenção é o binômio mãe-filho (ALENCAR; ROLIM, 2006).

As publicações que relatam a vivência da família no Método Mãe-Canguru totalizam quatro artigos para o período pesquisado.

A tríade mãe-filho-família e sua vivência no método foi explorada por Caetano, Schochi e Ângelo (2005) que buscaram compreender a dinâmica familiar e apreender as transformações familiares pela permanência no MMC. No estudo a experiência da família no Método Canguru é relatada tendo seu início no surgimento da gravidez quando os pais desejam uma gravidez normal. Se viverem transtornos de uma gravidez complicada enfrentam tensão frente à interrupção inesperada o que os leva a entrar no mundo da prematuridade. Deparando-se com a prematuridade do filho, passam pelo processo de identificação do seu bebê e temendo por ele.

Para Caetano, Schochi e Ângelo (2005), a experiência diária permite aos pais constatar a condição frágil do filho, quando eles iniciam a priorizar a vida do bebê ficando dispostos a agir e a ficar perto dele. Começam assim a priorizar a

posição canguru, o aleitamento, o cuidado diário. Assumir o filho no MMC representa uma decisão consciente da família pois implica em alterar papéis e passar pela separação entre os familiares. A repercussão é emocional e também financeira. Para as autoras o estudo mostra a necessidade de ampliar o foco de atenção trazendo o prematuro para o contexto de sua família, pois na maioria das vezes está sobre o bebê e sua mãe.

Freitas e Camargo (2006), também abordaram a família no MMC explorando o papel da enfermagem no cuidado ao recém-nascido e seus familiares. Destacam o papel da enfermagem no sucesso do método a partir de uma assistência pautada no envolvimento, dedicação e humanização do cuidado, proporcionando maior aproximação entre a família, o bebê prematuro e a equipe de saúde.

A aproximação da família, os sentimentos maternos e as dificuldades que a mãe pode apresentar na vivência do método precisam ser observados pela equipe de saúde, pois o Método Canguru garante ao recém-nascido e sua mãe um tempo importantíssimo para vivenciarem a passagem da vida intra-uterina para a extra-uterina, que possibilita tanto a formação do vínculo através do contato íntimo com o bebê como resgate de sentimentos maternos esquecidos com o distanciamento da internação (SÁ *et al.*, 2006).

A formação do apego estudada por Guimarães e Monticelli (2006) mostra que há necessidade de modificação da percepção da equipe neonatal a respeito do vínculo mãe/recém-nascido, no sentido de compreender que as reações apresentadas pela puérpera diferem, muitas vezes, daquelas esperadas pelos próprios profissionais. Frequentemente, o aparente desinteresse dessas mães em realizar a posição canguru está fortemente relacionado à forma como é proposto e desenvolvido o Método, bem como a toda situação que a mesma está vivenciando. A abordagem dos profissionais e a interdisciplinaridade são fatores determinantes na superação dos obstáculos e alcance do objetivo final.

Guimarães (2006), destaca a importância do acolhimento aos pais ao chegarem à unidade, sendo recebidos pela equipe de saúde neonatal de forma singular e aproximadora, além de serem orientados sobre a opção de se inserirem na prática do MMC. Cabe aos profissionais compreender as necessidades de cada casal e indicar o melhor caminho a ser percorrido. Os pais mostram que a relação afetiva deles com os filhos depende, em algum grau, da interação que existe entre

eles e a equipe, já que uma relação frágil poderá gerar uma dificuldade maior nas ligações afetivas, levando os pais a agravarem seus medos e inseguranças diante da hospitalização.

É muito importante o envolvimento do esposo-pai durante todo o processo de adaptação, assim como sua participação na posição canguru. Este envolvimento, além de levar a satisfação pessoal, incentiva à puérpera trazendo-lhe mais segurança e conforto. A inserção do homem-pai no cotidiano dos cuidados com a criança também ajuda no fortalecimento de suas habilidades, preparando para o exercício da paternagem, além de levá-lo a um melhor entendimento sobre a evolução clínica da criança. O cuidado ao filho favorece aos pais a assumirem seus papéis (GUIMARÃES, 2006).

Os estudos sobre a amamentação de recém-nascidos integrantes do MMC foram num total de três artigos. A sucção do recém-nascido e a intervenção fonoaudiológica aparecem como diferencial pesquisado nos últimos três anos.

Comparando a sucção do recém-nascido prematuro inserido no MMC com os cuidados tradicionais, Andrade e Guedes (2005) verificaram que ambos os grupos estudados foram beneficiados com a intervenção fonoaudiológica, no entanto, os melhores resultados foram referentes ao método Mãe-Canguru. O método contribuiu, segundo as autoras, na efetividade da amamentação, diminuindo o tempo de internação hospitalar, acarretando menores custos para a saúde pública.

A amamentação exclusiva de recém-nascidos de baixo peso ao nascer integrantes do MMC foi pesquisada com o objetivo de identificar fatores socioeconômicos, maternos, neonatais e do funcionamento motor-oral associados à interrupção do aleitamento exclusivo até os três meses de vida dos bebês. Os fatores, na fase hospitalar, que se associaram com a interrupção da amamentação foram a de realizar o Método Canguru integral após 15 dias de vida e ter o diagnóstico de pega inadequada no início da amamentação. Na fase ambulatorial identificou-se a queixa da mãe na amamentação e o uso de chupeta no segundo mês de vida (SANCHES, 2005).

Para Sanches (2005) o uso do MMC mais precoce no hospital favorece proximidade entre família e seu bebê que, mais confiantes como sujeitos atuantes no processo praticam por mais tempo a amamentação, além de ser possível avaliar

de forma mais detalhada a mamada para identificar e corrigir problemas de pega. No seguimento ambulatorial o acolhimento e escuta das mães é imprescindível.

As causas de desmame precoce nos recém-nascidos pré-termo participantes do MMC estudado por Alves, Silva e Oliveira (2007) reforçam sua relação, na população observada, aos fatores sócio-culturais onde o programa de atenção humanizada Método Mãe-Canguru mostrou-se eficaz no que diz respeito ao incentivo ao aleitamento materno exclusivo.

Na análise de fatores fisiológicos de bebês acompanhados no MMC foram produzidos cinco estudos no período pesquisado. Desenvolvimento neuropsicomotor, sinais vitais e ganho de peso foram os temas explorados.

Barradas *et al.*, (2006) estudou o posicionamento do prematuro, posição em decúbito lateral e posição em decúbito ventral, e sua relação com desenvolvimento neuropsicomotor precoce no Método Mãe-Canguru. Observaram que a posição em decúbito lateral trouxe maiores benefícios com relação ao desenvolvimento neuromotor precoce dos bebês. Os bebês em decúbito lateral assumiram uma postura de maior flexão, associada a um maior enrolamento do tronco. Os bebês foram avaliados no dia da admissão na Unidade Mãe-canguru e no dia da alta, através de uma avaliação biomecânica do posicionamento no canguru e do exame neurocomportamental de Dubowitz.

Em um estudo descritivo do perfil clínico-nutricional e do seguimento ambulatorial de recém-nascidos prematuros atendidos no Método Mãe-Canguru, Penalva e Schwartzman (2005) observaram que o peso ao nascer, a idade gestacional e os índices de Apgar foram determinantes para a melhor evolução clínica, nutricional e motora dos bebês, conduzindo, inclusive, à aplicação do programa MMC. Para os autores o MMC revelou-se um instrumento facilitador da amamentação, mas a eficácia de sua aplicação como intervenção voltada para o desenvolvimento deve ser mais investigada.

O MMC foi estudado na sua relação sobre efeitos nos sinais vitais de recém-nascidos pré-termo de baixo peso antes e após a posição canguru por três dias consecutivos. Foram avaliadas as frequências cardíacas e respiratória, a pressão arterial média, a temperatura e a saturação periférica de oxigênio dos recém-nascidos. O contato pele-a-pele promoveu a melhora da temperatura corporal, o

aumento da saturação periférica de oxigênio, melhorando a oxigenação tecidual, e a redução na frequência respiratória trazendo maior conforto aos bebês. O MMC e o cuidado canguru contribuem para alterações benéficas nos sinais vitais dos recém-nascidos pré-termo e de baixo peso (ALMEIDA; ALMEIDA; FORTI, 2007).

Recém-nascidos inseridos no Método Mãe-Canguru, sua evolução ponderal e duração de internação foram pesquisados por Freitas e Camargo (2007) e Rodrigues e Cano (2006). Os artigos trazem a posição canguru e o aleitamento materno como influências positivas sobre o ganho ponderal embora seja necessário ampliar as discussões sobre o crescimento para observar interferências significativas no ganho de peso e no tempo de internação.

As produções nacionais tiveram um significativo aumento nos últimos três anos aproximando-se da sustentação teórica tão necessária para evidenciar a eficácia do Método Mãe-Canguru tendo sido explorados temas como equipe neonatal, suas relações interpessoais e papéis, vivências de mães e familiares, vínculo afetivo, amamentação, aspectos fisiológicos, implantações do método em hospitais públicos e revisões de literatura. Observou-se uma baixa na produção internacional, sendo que os estudos abordaram aspectos fisiológicos dentro do MMC e relato histórico dos últimos vinte e cinco anos desde o seu surgimento.

Assim, em todos os estudos até aqui abordados é visível o crescimento de produções relativas ao desenvolvimento dos bebês e às relações afetivas que se iniciam no ambiente intensivo neonatal, considerando o bebê enquanto sujeito. Porém, a eficácia, efetividade, aplicabilidade e aceitabilidade do MMC em nosso meio precisa ser mais estudado.

Segundo Moreira, Lopes e Carvalho (2004), é dado o privilégio, a todos nós, que trabalhamos no ambiente neonatal, acompanhar os primeiros encontros entre um RN e sua família. São nossos olhos que percebem as primeiras tentativas de proximidade, somos os primeiros a escutar os comentários em voz baixa dos pais sobre o bebê na incubadora, são nossos atos que podem facilitar a dinâmica e o movimento desses encontros. Por outro lado, ao desfrutarmos deste privilégio, recebemos um compromisso de cuidar para que tudo possa acontecer da melhor maneira possível. Assumir essas posturas, esses novos paradigmas irá gerar em

nós, cuidadores profissionais, a certeza de estarmos oferecendo aos bebês e aos pais um espaço facilitador para a formação de seus vínculos.

2.2.3 A Terceira Etapa do Método Mãe-Canguru

No transcorrer da pesquisa e na revisão de literatura mantive um foco de busca nas produções sobre a temática da terceira etapa do MMC, assim as produções que apresento a seguir mostram o início da abordagem ambulatorial que, embora escassa, constroem o conhecimento do Método em suas três etapas.

Estudos mostram a importância de programas interdisciplinares preventivos de *follow up* de prematuros, especialmente no 1º ano de vida com intuito de promover o desenvolvimento da criança e minimizar as possíveis seqüelas de saúde do período neonatal (BROFENBRENNER, 1996; CHARPAK, 2001; NOBRE *et al.*, 2004; OLIVEIRA, 2002; HOLANDA; SILVA, 2004).

Segundo Cabral e Rodrigues (2006), embora o MMC tenha sido recomendado, em 2000, para ser implementado como um método assistencial nas instituições do Sistema Único de Saúde, poucos estudos brasileiros foram publicados sobre o modo como esse método vem sendo adotado pelas maternidades brasileiras, em suas três etapas.

Em um estudo de Toma (2003), o papel dos serviços de saúde e das redes familiares no sucesso do MMC é pesquisado na fase hospitalar e domiciliar. No acompanhamento ambulatorial da terceira etapa do método os bebês receberam alta com 5 a 60 dias de vida e pesos variando de 1.640 a 2.220 gramas. Dos 16 recém-nascidos do estudo, nove foram para casa pesando pelo menos 1.800g, padrão considerado convencional.

Na maioria dos casos, a adaptação à rotina familiar não teve implicações negativas para a saúde do bebê. A fase domiciliar permite obter uma melhor compreensão das reais condições para o cuidado da criança. Em casa entram em jogo outros fatores, tais como a presença do companheiro e de outros filhos e as tarefas domésticas (TOMA, 2003).

Segundo Toma (2003), há uma tendência do MMC ser praticado de maneira mais livre, em geral, no período da tarde e à noite. Parece que o bebê costuma dormir melhor pela manhã, momento em que as mães aproveitam para realizar as tarefas domésticas. O conhecimento sobre como se dá a prática do MMC no dia-a-dia é importante, particularmente, com relação aos bebês que recebem alta com pesos mais baixos. Em dois casos, a equipe lembrou aos pais a importância de continuar praticando o método canguru nos mesmos moldes do período hospitalar.

A presença de outros filhos, particularmente se ainda não freqüentam a escola, é um fator que dificulta a prática do MMC domiciliar. Se, quando a mãe está no hospital, o outro filho é motivo de sua constante preocupação, em casa exige que sua atenção seja compartilhada. Quanto à amamentação embora exigindo muito empenho da mãe, causou surpresa verificar que, das 14 mulheres, 13 amamentavam exclusivamente até a idade de 32 a 90 dias de vida (TOMA, 2003).

No estudo, Toma (2003) aborda o gênero do canguru. A importância de um pai participativo para junto da mãe promover o cuidado canguru em domicílio. As avós aparecem como a pessoa que mais prestou apoio nas tarefas domésticas, por tempo variável, particularmente nas tarefas de lavar e passar roupas. As avós não foram a primeira opção de ajuda quando estavam doentes, tinham emprego remunerado ou filhos pequenos. As irmãs solteiras também ofereceram ajuda nos afazeres domésticos.

O sucesso do MMC para Toma (2003) depende não só da vontade da mãe, mas também do apoio da sua rede familiar e de equipe de saúde compreensiva. O papel da equipe pode ser aprimorado por meio do conhecimento da rede familiar relacionada à mãe canguru, planejando, em conjunto com ela, a organização necessária para que a criança receba o cuidado apropriado.

Para Cabral e Rodrigues (2006) que desenvolveram estudo sobre as necessidades da criança e demanda de educação em saúde para os pais, no período de 2000 a 2002, a caracterização dos neonatos participantes do Método Mãe Canguru em uma Maternidade do Rio de Janeiro indicou a emergência de um novo grupo social com necessidades de cuidados especiais de saúde. O tempo de internação nas etapas intra-hospitalares do método foi de até dois meses, representando um período prolongado.

Das crianças que se encontravam na terceira etapa do MMC, observou-se que um elevado índice de abandono da amamentação exclusiva, uma queda no consumo de leite materno e um aumento no consumo de fórmulas e outros alimentos. Embora as crianças recebessem alta da segunda etapa em aleitamento materno exclusivo, em âmbito domiciliar, ocorreu uma redução nessa porcentagem durante os primeiros seis meses de vida dos neonatos. Esse dado, por um lado, revela a potência do método para iniciar a amamentação e sua limitação para mantê-la na terceira etapa (CABRAL; RODRIGUES, 2006).

Nesse estudo, Cabral e Rodrigues (2006), observaram que quanto à necessidade de cuidados especiais de saúde, associado à demanda alimentar, os pais precisam desenvolver habilidades para administrar medicamentos, fazer ajustes no cuidado habitual e aprender a realizar nebulização, entre outros. Para os pesquisadores, a diversidade de cuidados especiais que a criança passa a requerer a partir da segunda etapa, faz-se necessário que os profissionais de saúde, entre eles os enfermeiros e enfermeiras, promovam a educação dos pais com ênfase no cuidado centrado na família como modelo orientador da intervenção educativa.

Penalva e Schwartzman (2006), fazem referência à terceira etapa do MMC em seu estudo descritivo do perfil clínico-nutricional de recém-nascidos prematuros. Os bebês canguru tiveram alta para a terceira etapa com peso de 1.734g, idade de 29 dias e a IG corrigida de 36,4 semanas. Em amamentação exclusiva 85,7% dos recém-nascidos, 2,9% em peito materno e complemento de leite materno ordenhado, oferecido em copinho, e, 11,4% em peito materno e leite artificial. Durante o seguimento ambulatorial, o ganho de peso foi de 32g/dia.

Na terceira etapa, 19% foram reinternados por motivos variados: bronquiolite, diarreia, fototerapia, transfusão e herniorrafia. O número de consultas ambulatoriais na terceira etapa variou de 2 a 15 (média de 7,9). O tempo de seguimento ambulatorial foi de 52 dias. Na alta do MMC, o peso foi de 3.264 g, e a idade oscilou de 29 dias a 3 meses e 21 dias. Quanto à dieta na alta do PMMC, 78% estavam em SME, 14% em SM e complemento e 8% estavam com leite artificial (PENALVA; SCHWARTZMAN, 2006, p. 36)

No estudo de Colameo e Rea (2006) houve destaque para a terceira etapa visto sua avaliação da implantação do MMC em hospitais públicos no Estado de São Paulo.

Com a terceira etapa implantada as autoras encontraram 16 hospitais sendo que a média do cumprimento das normas de implantação para esta etapa ficaram em 46,6%, grau mais baixo em relação a primeira e segunda etapa. Em hospitais Amigos da Criança e com banco de leite humano o cumprimento das normas nesta etapa também foi a mais baixa.

Os pontos fortes observados na implantação da terceira etapa foram:

O cronograma de retornos de acordo com as orientações e o acompanhamento até os bebês atingirem pesos maiores de 2.500g e idades variáveis, que chegaram até 5 anos, em ambulatorios voltados para o desenvolvimento (COLAMEO, 2004, p. 64).

Os pontos fracos levantados são o não cumprimento do primeiro retorno ser até 48h após a alta hospitalar, ter agenda aberta para retorno de bebês que necessitem e aos poucos serviços que realizam a visita domiciliar ou que deflagram a busca através de outro mecanismo, caso a mãe se ausente das consultas ambulatoriais (COLAMEO, 2004, p. 64).

Segundo Colameo (2004) os obstáculos na terceira etapa do MMC estão relacionados com a ausência de espaço físico para o ambulatório, obter o compromisso dos pais, não ter visita domiciliar, não poder garantir o transporte, não ter equipe e não poder re-internar o bebê.

Os mecanismos lançados para superar estes obstáculos foram:

Estratégias para superar a falta de espaço físico: alta com peso acima de 2000g; sala improvisada em outro lugar do hospital; equipe multidisciplinar atendendo ao recém-nascido na UTI Neonatal; encaminhamento para unidades básicas da região com os mesmos critérios da alta de atendimento convencional; criação de uma sala de ambulatório. Para obter o compromisso dos pais: o Serviço Social analisa a rede de apoio familiar; o Serviço de Apoio faz uma visita domiciliar; fornecem passes de ônibus; a equipe conscientiza melhor os pais. Para superar a falta de visita domiciliar alguns hospitais resolvem-no fazendo uma parceria com outros serviços como a Pastoral da Criança, Unidade Básica de Saúde, Conselho Tutelar, Programa de Saúde da Família, ou a equipe multidisciplinar sai em busca da criança por seus meios próprios. Para garantir o transporte: solicitam à Secretaria de Saúde; fornecem uma declaração de incapacidade temporária para levar ao setor de transporte público; pedem para o próprio hospital providenciar; pedem aos parceiros da comunidade. No caso de não poder re-internar o bebê no próprio hospital que levantou esta dificuldade, a solução encontrada foi parceria com outro serviço que se comprometeu a receber as crianças (COLAMEO, 2004, p. 83-85).

Colameo (2004) salienta que apesar de ter observado o início tardio da etapa ambulatorial, a adoção do método tem facilitado a criação de ambulatórios especializados no seguimento do desenvolvimento dos bebês prematuros.

Gontijo (2006) descreve a terceira etapa do MMC em maternidade de Belo Horizonte, onde este acompanhamento é realizado no ambulatório do Banco de Leite por um médico neonatologista que tem experiência nesse tipo de acompanhamento. A agenda é aberta e permite o retorno não agendado, caso necessário. O bebê é encaminhado ao serviço pelo profissional médico que dá a alta na segunda etapa. O profissional, agenda com o médico da terceira etapa o primeiro retorno do bebê, que acontece sete dias após esta alta e, se a criança tiver alcançado os dois quilos e não apresentar nenhuma complicação, ela já é imediatamente liberada do acompanhamento e encaminhada à rede pública de saúde. Portanto, o acompanhamento é realizado somente até os dois quilos e não segue a periodicidade descrita acima. Quanto a recursos físicos e materiais não é feita nenhuma exigência, segundo a norma do MS para esta etapa do MMC (BRASIL, 2000).

Segundo Gontijo (2006) é fundamental avaliar a articulação das equipes nas três etapas, os fluxos internos, as trocas de informações, para o melhor entrosamento.

Outra prática que interfere no seguimento da terceira etapa do MMC e que causa uma descontinuidade do cuidado no domicílio, é o uso da bolsa produzida pelo hospital para a colocação do bebê na posição canguru. O uso desta bolsa, associado à falta de orientações às mães, levam-nas a achar indispensável o uso da mesma no período domiciliar. Outro motivo que leva a não aplicação da posição canguru no domicílio é a alta tardia dos bebês na segunda etapa: 89,8% dos bebês recebem alta da mesma, com peso superior a 1800 gramas, peso este que, não é mais confortável nem prazeroso para mãe e filho exercerem a posição canguru (CONTIGO, 2006, p. 77).

Para Gontijo (2006), no discurso dos profissionais, não há muita preocupação com o aleitamento materno. Entende que há certa preocupação quanto à alta precoce, porém isto tem que ser trabalhado juntamente com a equipe. Há que se reduzir esta faixa de peso, continuamente, até chegar a patamares mínimos, como os recomendados, para que seja possível, realmente, diminuir o tempo de internação dessas crianças, uma vez que esta é uma das principais vantagens do MMC.

Na maternidade estudada, é consenso entre a equipe dar a alta para as crianças que passam pelo MMC com 1.800 gramas, pois a direção da neonatologia não concorda com a alta menor que esta faixa de peso. Já as crianças que não passam pelo método recebem alta com peso mínimo de 2.000 gramas (CONTIJO, 2006).

A importância dos estudos citados é relevante visto a caracterização das três etapas do Método Mãe-Canguru bem como contribui para diminuir a ausência de publicações sobre a terceira etapa, pois a grande maioria dos trabalhos de seguimento ambulatorial descreve o desenvolvimento dos bebês especialmente no primeiro ano de vida, ou seja, seguimento ambulatorial pediátrico. No entanto é imprescindível considerar a promoção da terceira etapa buscando minimizar as possíveis intercorrências precoces, avaliar cuidados prestados nas etapas anteriores, intra-hospitalares, conhecer as vivências dos familiares e profissionais de saúde, e minimizar seqüelas de saúde do período neonatal.

A terceira etapa, como já considerei anteriormente, objetiva a continuidade da assistência através do acompanhamento ambulatorial, individualizado, buscando observar o desenvolvimento global do bebê, através de um programa de *follow up*. A importância da identificação precoce de fatores de risco para alterações no desenvolvimento é largamente descrita na literatura, através de protocolos, *screenings* e testes avaliativos específicos para o acompanhamento de bebês de risco (LAMY *et al.*, 2005).

Assim, considero importante a construção de conhecimento para preencher as lacunas em identificar fatores de risco, vivências de mães, familiares e/ou profissionais de saúde, experiências que discutam o método como uma forma de atenção ao bebê que ultrapassa a segunda etapa do Método Mãe-Canguru e, ter a terceira etapa como foco principal da pesquisa.

2.3 A FAMÍLIA COM RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO E/OU DE BAIXO PESO

A partir da segunda metade do século XX a família passou (e continua passando) por um processo de intensas transformações econômicas, sociais e trabalhistas, sobretudo nos países ocidentais. Diversos fatores concorreram para

essas mudanças, como o processo de urbanização e industrialização, o avanço tecnológico, o incremento das demandas de cada fase do ciclo vital, a maior participação da mulher no mercado de trabalho, o aumento no número de separações e divórcios, a diminuição das famílias numerosas, o empobrecimento acelerado, a diminuição das taxas de mortalidade infantil e de natalidade, a elevação do nível de vida da população, as transformações nos modos de vida e nos comportamentos das pessoas, as novas concepções em relação ao casamento, as alterações na dinâmica dos papéis parentais e de gênero. Estes fatores, entre outros, tiveram um impacto direto no âmbito familiar, contribuindo para o surgimento de novos arranjos que mudaram a “cara” dessa instituição (PRATTA; SANTOS, 2007).

A família possui um papel primordial no amadurecimento e desenvolvimento biopsicossocial dos indivíduos, apresentando algumas funções primordiais, as quais podem ser agrupadas em três categorias que estão intimamente relacionadas: funções biológicas (sobrevivência do indivíduo), psicológicas e sociais (OSÓRIO, 1996).

Para Osório (1996), a função biológica principal da família é garantir a sobrevivência da espécie humana, fornecendo os cuidados necessários para que o bebê humano possa se desenvolver adequadamente. Em relação às funções psicológicas, podem-se citar três grupos centrais: a) proporcionar afeto ao recém-nascido, aspecto fundamental para garantir a sobrevivência emocional do indivíduo; b) servir de suporte e continência para as ansiedades existenciais dos seres humanos durante o seu desenvolvimento, auxiliando-os na superação das “crises vitais” pelas quais todos os seres humanos passam no decorrer do seu ciclo vital (um exemplo de crise que pode ser mencionado aqui é a adolescência); c) criar um ambiente adequado que permita a aprendizagem empírica que sustenta o processo de desenvolvimento cognitivo dos seres humanos.

A família é considerada uma das entidades sociais mais relevantes e significativas para a sociedade, e atualmente está entre as mais estudadas, em decorrência, por exemplo, de sua importância para o cultivo de valores e crenças que contribuem para a formação dos membros que a constituem. As experiências vivenciadas nessa organização social contemplam um viver e conviver de singularidades que, quando somadas, retratam sua força, limites e enfrentamentos (ARRUDA; MARCON, 2007).

Um dos enfrentamentos mais comuns vividos pelas famílias é o momento de gerar os filhos, pois é considerado uma fase vital do núcleo familiar (TARNOWSKI;

PROSPERO; ELSEN, 2005). O núcleo familiar tende a sofrer transição e o sentimento de maternagem e paternagem é despertado dentro das especificidades construídas pelos pais. Esse sentimento emerge paralelamente às transformações do corpo gestacional e do ambiente, entre outras (DESSEN; BRAZ, 2000).

Inicia-se, nessa transição, um novo papel a ser desempenhado pelo pai e pela mãe, que nem sempre caminham unidos e com a mesma força e intensidade, no qual se exigem mudanças e adaptações para receber um novo ser. Esse retrato de transição pode gerar conflitos emocionais, dúvidas e incertezas passíveis de ser superados à medida que ocorre um fortalecimento gradativo do vínculo da tríade pais, família e filho (BRAZELTON, 1998).

Por essas razões, o cuidado centrado na família experienciando a chegada dos filhos, exige atenção especial dos profissionais de saúde, principalmente quando este filho não representa um projeto de vida ou quando o nascimento é prematuramente antecipado pelas inesperadas complicações vividas na gestação (ARRUDA; MARCON, 2007).

A partir da perspectiva da teoria familiar sistêmica, uma idéia importante na compreensão do funcionamento das famílias é a de ciclo de vida da família. As famílias se desenvolvem com o passar do tempo, na medida em que entram e saem de diferentes estágios (LOPES et al., 2006).

Carter e McGoldrick (1995) desenvolveram a noção de ciclo de vida da família, dividindo-o em seis estágios, cada qual com determinados desafios e tarefas desenvolvimentais: (a) os jovens solteiros; (b) o novo casal; (c) famílias com filhos pequenos; (d) famílias com filhos adolescentes; (e) o ninho vazio; e, finalmente, (f) famílias no estágio tardio de vida. De modo geral, em nossa sociedade, a passagem da primeira etapa (jovens solteiros) para a segunda (o novo casal) tende a ser demarcada por um ritual de casamento, comumente um casamento civil e/ou religioso. Já a transição para a terceira fase (famílias com filhos pequenos) é demarcada pela gravidez do primeiro filho de um casal, a qual pode ser planejada ou não.

Durante a gravidez, desejada ou não, a família sempre elabora um nascimento saudável; porém, quando nasce uma criança prematura, todos os sonhos construídos são desfeitos e o nascimento prematuro passa a ser como um golpe para a auto-estima materna, principalmente por destituí-la do papel de uma maternagem sadia (BRAZELTON, 1998).

O nascimento, em condições normais, traz consigo dificuldades naturais, atribuídas a diversos fatores que envolvem o cuidado do recém-nascido, como o ritual cultural clássico e básico do cuidado propriamente dito, a interação e a vinculação da tríade mãe, família e filho – que é influenciada por crenças, valores e experiências anteriores – e a própria adaptação do recém-nascido à família e ao ambiente (GOMES, 2002).

O prematuro, além de emergir na vida familiar de maneira inesperada, é percebido por ela como um ser inacabado, e pode até mesmo ser indesejado. Essa forma de a família perceber o prematuro gera insegurança, desencadeando intensas mudanças e transformações na vida de cada um de seus membros (TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2005).

Essas transformações podem ser amenizadas, dependendo da forma como a família está estruturada, do como se encontra o núcleo familiar e do suporte que ela recebe nesse momento. Por exemplo, um agravo emocional bastante frequente elaborado pela mãe é o sentimento de culpa pelo nascimento prematuro. Isso, associado a uma desorganização familiar, pode levar a rumos negativos imprevisíveis para a vivência e convivência familiar (FRAGA; PEDRO, 2004).

Os pais de prematuros são considerados um grupo de risco, pois já ficam debilitados com o sofrimento advindo das complicações da gravidez. Assim, encontram-se prejudicados na autoconfiança e, conseqüentemente, na capacidade de criar esse filho (TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2005).

Para Prata e Santos (2007), a confirmação da gravidez, por si só, surge no núcleo familiar como um enfrentamento que mobiliza todos os membros que o compõem. Quando o núcleo se encontra estruturado, os enfrentamentos, por sua vez, são encarados de forma mais branda; mas quando a mulher se encontra na condição de solteira, os enfrentamentos passam a ser divididos por poucos ou nenhum membro da família.

Segundo os autores, as famílias começaram a conviver com as complicações em tempos diferentes, algumas no início, outras a partir do terceiro mês e outras ainda só a partir do sexto mês, e nestes casos, essas complicações desencadearam o parto prematuro. É relevante apontar que, independentemente da época do aparecimento das complicações, o núcleo familiar sofre pelas restrições impostas, pela necessidade de acompanhamento mais amigável, inclusive com hospitalização prolongada em

alguns casos. As memórias do parto prematuro e seus significados foram sinalizados pelos riscos de vida que envolvem a díade mãe-filho.

Conhecer como as famílias lançam seu olhar para o contexto de vida com o nascimento prematuro de seu filho e o desenvolvimento de suas competências para o cuidado, nos permitem avaliar e balizar nossas intervenções.



3 REFERENCIAL TEÓRICO

Em busca de uma melhor compreensão, sustentação à formulação do problema de pesquisa, interpretação, análise e discussão dos resultados, que tem como foco as percepções de mães-familiares em relação ao cuidado adaptativo de seus recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso e a inserção da enfermeira na terceira etapa do Método Mãe-Canguru, optei pelo Modelo de Adaptação de Roy (1984) como referencial teórico.

Em se tratando de uma pesquisa convergente-assistencial, o referido modelo foi selecionado por apresentar uma matriz conceitual adequada para fundamentar tanto a prática assistencial desenvolvida quanto à pesquisa. Por outro lado, percebi também que a utilidade do Modelo de Adaptação de Roy para a pesquisa, a educação, a administração, e a prática de enfermagem, está bem documentada, fato que reforçou meu interesse em adotá-lo.

Este modelo tem sido utilizado por enfermeiras de diferentes partes do mundo, tais como Estados Unidos, Canadá, Colômbia, Japão, entre outros, trazendo importantes contribuições para as diversas áreas de atuação da enfermagem (FAWCETT, 2005).

Ao buscar identificar as percepções de mães e familiares que acompanham seu bebê em terceira etapa do Método Mãe-Canguru poderão imergir diferentes culturas que em uma ação de reciprocidade influenciarão no cuidado adaptativo ao recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso.

Considerando a visão holística, os processos de interação e criatividade, a adaptação como um processo por meio do qual as pessoas, com pensamentos e sentimentos, criam suas interações humanas e ambientais encontrei no Modelo de Roy um leito propício ao cuidado baseado no respeito ao Ser humano. E, nessa troca de experiências humanas acredito ser possível promover a inserção da enfermeira estabelecendo o seu papel na terceira etapa do Método Mãe-Canguru

visto a importância da continuidade em trabalhar com a demanda da família em todas as etapas preconizadas pela Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido pré-termo e/ou de baixo peso e, valorizando o papel da enfermeira nas suas ações cuidativas, avaliando o comportamento das pessoas envolvidas, o ambiente, os indicadores positivos de adaptação e os problemas e adaptação.

Assim, no presente capítulo, abordo inicialmente algumas de suas principais idéias e fontes teórico-filosóficas e os aspectos gerais do Modelo de Adaptação de Roy, destacando o seu contexto de origem e as motivações que levaram a teórica a construir tal modelo. Em seguida, apresento o marco conceitual elaborado a partir das idéias de Roy e adaptado à realidade concreta vivenciada no cenário da prática onde foi desenvolvido este estudo, precedido pela apresentação de pressupostos da referida teórica e dos pessoais, que selecionei para nortear a presente proposta.

3.1 FONTES TEÓRICO-FILOSÓFICAS DO MODELO DE ADAPTAÇÃO DE ROY

Na literatura de enfermagem, os modelos conceituais têm sido definidos como um conjunto de conceitos relativamente abstratos e gerais que se dirigem aos fenômenos do interesse central de uma disciplina, as proposições que descrevem amplamente tais conceitos, e as proposições que indicam relações relativamente abstratas e gerais entre dois ou mais conceitos. O termo modelo conceitual é também utilizado como sinônimo dos termos estrutura conceitual, sistema conceitual, paradigma e matriz disciplinar. Os modelos conceituais têm existido desde que os povos começaram a pensar sobre si mesmos e o ambiente ao seu redor (FAWCETT, 2005).

A Enfermagem, em busca da construção de conhecimento próprio, tem ao longo dos últimos cinquenta anos, empreendido grandes esforços no sentido de desenvolver teorias e modelos conceituais para direcionar sua prática e desenvolver pesquisas. Tais modelos e teorias estão fundamentados em suposições científicas e filosóficas e, por conseguinte, o desenvolvimento do conhecimento, nessa disciplina, reflete seu caráter incoativo e avança as suposições, cotidianamente, quando teóricas de enfermagem identificam convicções e valores ao construírem seus modelos teóricos (NETO; PAGLIUCA, 2002).

Neste processo de construção, as teóricas têm se nutrido de outras fontes do saber, notadamente na filosofia, biologia, física, psicologia, para citar algumas das mais importantes. Roy desenvolveu as idéias básicas de seu modelo a partir de sua experiência na área de enfermagem pediátrica quando cursava o seu mestrado na década de 60, recebendo grande estímulo e inspiração ao participar de um seminário coordenado por Dorothy E. Johnson no qual desenvolveu um modelo conceitual. Roy publicou seu modelo pela primeira vez sob a forma de um artigo no *Nursing Outlook* em 1970, intitulado: *Adaptation: A conceptual framework for nursing* (TOMEY; ALLIGOOD, 1999).

Os pressupostos teórico-filosóficos e científicos que dão sustentação a este modelo provêm de diferentes fontes, ocupando posição de destaque a Teoria Geral de Sistemas de Karl Ludwig Von Bertalanffy e a Teoria do Nível de Adaptação do psicólogo Harry Helson, no âmbito da psicofísica, aplicados sob a ótica da enfermagem as quais contribuíram para a construção do marco filosófico pautado em uma visão humanística e holística.

No que diz respeito a Bertalanffy, este desenvolveu seus estudos na área de biologia e interessou-se desde cedo pelos organismos e pelos problemas do crescimento. Os seus primeiros trabalhos datam do início do século XX, e são sobre a abordagem orgânica. Com efeito, Bertalanffy não concordava com a visão cartesiana do universo. Colocou então uma abordagem orgânica da biologia e tentou fazer aceitar a idéia de que o organismo é um todo maior que a soma das suas partes. Criticou a visão de que o mundo é dividido em diferentes áreas, como física, química, biologia, entre outras. Ao contrário, sugeria que se deve estudar sistemas globalmente, de forma a envolver todas as suas interdependências, pois cada um dos elementos, ao serem reunidos para constituir uma unidade funcional maior, desenvolvem qualidades que não se encontram em seus componentes isolados (TOMEY; ALLIGOOD, 1999).

O psicólogo Harry Helson nascido em 9 de novembro de 1898 em Chelsea, Massachusetts, formou-se bacharel no Bowdoin College em 1921, mestre e doutor na Universidade de Harvard em 1922 e 1924 respectivamente. Foi professor na Universidade de Kansas, Bryan Mawr College e Brooklyn College. Ingressou no corpo docente da Universidade do Texas, Austin em 1951 onde lecionou até 1961. Participou na criação da Fundação das Teorias da Psicologia em 1951 e do

enfoque contemporâneo para psicologia em 1967. Autor da Teoria do Nível de Adaptação, em 1964 (ACOSTA, 2001).

Segundo a teoria da adaptação de Helson, as respostas adaptativas são o resultado de estímulos recebidos e o nível de adaptação. Chama de estímulo todo fator que provoca uma resposta. Os estímulos nascem das trocas externas ou internas. Os níveis de adaptação constituem-se da combinação de três classes de estímulos: 1) focais, os que o indivíduo se enfrenta de imediato; 2) contextuais, incluem todos os fatores que contribuem para os estímulos focais, isto é, todos os fatores ambientais, mas que não são o centro de atenção da pessoa; 3) residuais, fatores ambientais cujos efeitos são incertos dentro de determinada situação, abrangem as condições, circunstâncias e ou influências existentes no ser humano que, em combinação com os estímulos focais e contextuais, contribuem para determinar o comportamento humano (ROY, 1984).

Em seus trabalhos, Helson conceituou nível de adaptação àquele que determina se um estímulo provocará uma resposta positiva ou negativa e a adaptação ocorre se no processo responder de forma positiva. No seu estudo do nível de adaptação percebeu a influência de experiências passadas em comportamentos presentes. Considera que as atitudes, a personalidade e a cultura são estímulos residuais que possuem um imensurável efeito sobre situações atuais (TOMEY; ALLIGOOD, 1999).

Roy também desenvolveu e apurou o seu modelo com conceitos e teorias extraídos de trabalhos de P. Dohrenwend, R. S. Lazarus, N. Malaznik, D. Mechanic e H. Selye. Também foram colaboradores de sua construção as coautoras Driever, a quem se devem as subdivisões do conceito de autointegridade, Martinez e Sato, pela identificação de estímulos comuns e primários que influenciam sobre os modos, M. Pousch e J. Van Landingham sobre o modo de interdependência, e B. Randall, acerca do modo de função de papéis. O modelo de Roy também nasceu de estudos biológicos para compreensão do ser humano, dotando-o de uma base de valores humanos. Utilizou os conceitos de A.H. Maslow para explorar crenças e valores das pessoas. Adota o humanismo em enfermagem como crença e poder criativo para o enfrentamento das situações permitindo melhorar o bem estar, tendo assim o seu enfoque holístico (TOMEY; ALLIGOOD, 1999).

Tem como bases científicas os sistemas como pontos de progresso energético no aumento do nível do complexo de auto-organização, consciência e

pensamento que constituem a pessoa e sua integração no ambiente, a consciência de si e do ambiente está radicado no pensar e sentir, decisões humanas são responsáveis pela integração nos processos criativos, pensamento e sentimento mediante ações humanas, sistema de relações inclui aceitação, proteção e manutenção da interde-pendência, pessoas e a terra têm relações comuns e integrais, pessoas e transformações do ambiente são criados na consciência humana, integração do humano com o meio ambiente resulta na adaptação (AA – ROY ADAPTATION ASSOCIATION, 2006 [tradução nossa]).

Suas bases filosóficas são as pessoas em mútua relação com o mundo e Deus, o pensamento humano é originado de um ponto convergente no universo, Deus manifesta-se nas diversidades da criação e o destino comum da criação, pessoas usam a criatividade humana para habilidades no conhecimento, esclarecimento e crença, pessoas são imprescindíveis para o processo de origem, sustentação e transformação do universo (AA – ROY ADAPTATION ASSOCIATION, 2006 [tradução nossa]).

Ao desenvolver sua teoria, Roy enfatiza que os indivíduos utilizam-se de mecanismos internos e externos que são filtros de informações, as quais são analisadas, reconhecidas e então interpretadas, conforme princípios de cada um. A partir dessas interpretações são lançadas respostas que podem ser adaptativas ou não, de acordo com os conhecimentos pré-existentes de cada homem histórico, no contexto da enfermagem.

Considera a pessoa como receptor do cuidado, seja ele indivíduo, família ou comunidade; um elemento holístico, que mantém relações internas e externas. Refere o ambiente como tudo o que pode influenciar no comportamento seja interno ou externo, a saúde é um estado de integração entre o ambiente e a pessoa, e, a enfermagem, será a responsável de manter a adaptação, caso ele ocorra, retroalimentando o sistema (ROY, 1984).

Desenvolver uma teoria é participar com cientificidade de descobertas através da pesquisa interagindo com conceitos, relações, definições e proposições, percebendo e vivenciando a realidade, ou seja, com o fenômeno propriamente dito. Deste conhecimento gerado na prática da enfermagem virá o cuidado. O cuidado fundamental para compreensão do ser humano como um conjunto de atividades que mantêm a vida e como um processo complexo de relação que envolve fatores cognitivos, morais e emocionais, onde o enfermeiro deve agir guiado pelos

princípios do cuidar, que é a essência da enfermagem. Um modelo de cuidado através da interação constante buscando conhecer o ser humano cuidado, sua história e valores, para favorecer um cuidado eficaz resgatando o toque, o contato humano.

3.2 O MODELO DE ADAPTAÇÃO DE SISTER CALLISTA ROY

Sister Callista Roy, enfermeira e socióloga, nasceu em 14 de outubro de 1939, em Los Angeles, Califórnia, nos Estados Unidos. É uma das grandes teóricas em enfermagem no mundo. De acordo com Maas (2006), desenvolveu as idéias básicas de seu modelo quando cursava seus estudos na Universidade de Los Angeles, entre 1964 e 1966. Nele depositou sua experiência pessoal e profissional como enfermeira em pediatria, ao observar nos bebês e crianças a grande capacidade que possuíam para adaptar-se às mudanças físicas e psicológicas ocasionadas quando enfrentavam um processo de doença. Também construiu seu modelo considerando suas crenças pessoais em relação ao ser humano e as influências que recebeu de outros teóricos como Johnson, Helson, Bertalanffy e Erickson. Tinha como objetivo desenvolver uma teoria que demonstrasse o impacto da enfermagem no estado de saúde da população.

O Modelo de Adaptação é uma forma de articular um corpo de conhecimentos científicos de enfermagem que podem guiar a prática da profissão através de uma perspectiva conceitual sobre fenômenos inter-relacionados, os quais ajudam a conhecer e entender de um modo mais amplo o cuidado (FLÓREZ *et al.*, 2003).

O trabalho desenvolvido por Roy e seus colaboradores têm refinado as dimensões filosóficas de pesquisa e prática em enfermagem. Em 1970 foi publicado o primeiro trabalho conceitual de Roy, focalizado na pessoa, no ser cuidado como um sistema adaptativo, defendendo que a adaptação considerava a pessoa de forma holística. Em 1990 passou a desenvolver novos conceitos orientados ao século XXI atualizando a definição de adaptação salientando que a integração entre os significados do ser humano e seu ambiente resulta na adaptação. Propõe mudanças, em 1997, e inclui a expansão da definição de adaptação, revisada por pressupostos filosóficos e científicos, e a conotação de

cosmologia. Em sua recente expressão de cosmologia, argumenta que o desenvolvimento da prática e a ciência da enfermagem dependem da inclusão da racionalidade e do progresso da ciência centrados na pessoa e ambiente (YOUNG; TAYLOR; McLAUGHLIN-RENPENNING, 2001).

Callista Roy definiu o conceito de adaptação como objeto de enfermagem, a fim de posicionar os enfermeiros como força social fundamental para este século (MAAS, 2006).

Para Roy são cinco os elementos conceituais para prática da enfermagem:

1. A descrição de pessoa ou grupos que recebem o cuidado de enfermagem;
2. A declaração específica das metas e propósitos da enfermagem;
3. A definição de saúde;
4. O significado específico de ambiente;
5. A descrição das atividades de enfermagem (ROY, 1984,p. 8 [tradução nossa]).

O modelo da Adaptação proposto por Roy (1984) inclui a noção de estímulos e respostas. De acordo com Roy (1984), os estímulos estão classificados em três categorias, que pontuam a variação de respostas que são exclusivas a cada pessoa. Dentre os estímulos significativos encontram-se o grau de mudança, as experiências anteriores, o nível de conhecimento, os pontos fortes e/ou as limitações.

- Categoria 1 – Estímulos focais: são as mudanças imediatas que causam impacto no indivíduo. Estão ligadas aos sentimentos e sensações de dor ou perda.
- Categoria 2 – Estímulos contextuais: são estímulos do mundo interno e externo que podem influenciar de forma positiva ou negativa determinada situação.
- Categoria 3 – Estímulos residuais: são as influências internas e externas que podem transformar algumas características do indivíduo.

A seguir, apresento na Figura 1, uma representação diagramática baseada nos registros de Roy (1984) dos sistemas adaptativos humanos. O diagrama criado relaciona os subsistemas envolvidos na terceira etapa do Método Mãe-Canguru.

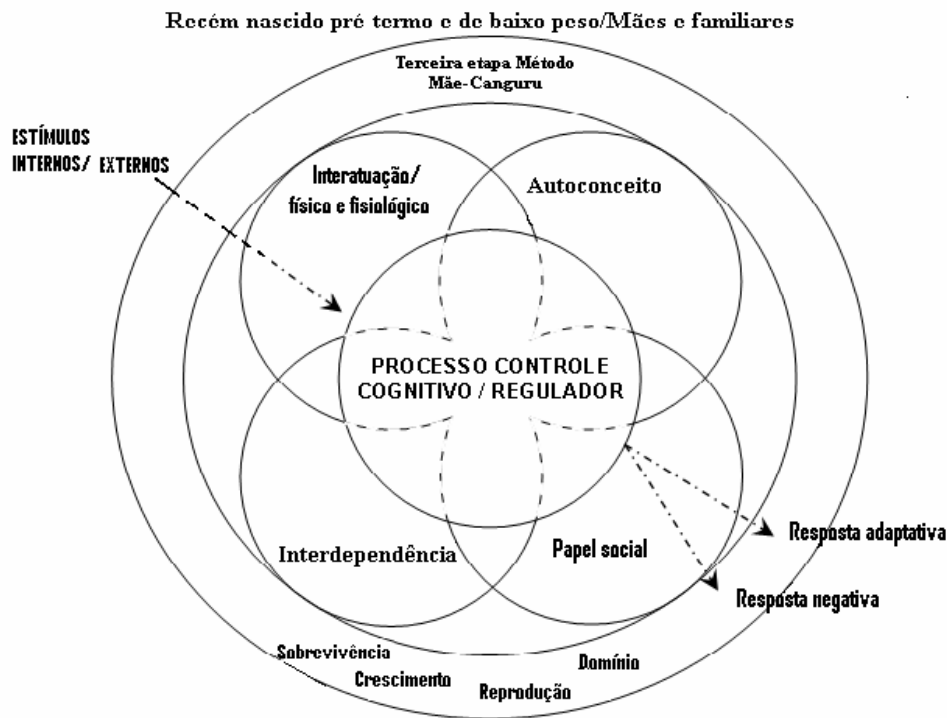


Figura 1 – Representação sobre relacionamento dos elementos adaptativos no sistema humano envolvido na terceira etapa do Método Mãe-Canguru segundo os elementos conceituais da Teoria de Adaptação de Roy (1984).

A porta de entrada (input): os **estímulos**, subdividem-se em internos e externos. Os internos fazem parte do EU da pessoa, enquanto que os externos são incentivos ambientais. Os estímulos pode ser interpretados através dos mecanismos de enfrentamento (ROY, 1984, p. 30-35).

Processos de controle: os **mecanismos de enfrentamento**, interrelacionam-se o processo interno cognitivo e regulador, que atuam para manter a adaptação em seus quatro modos: **Modo físico-fisiológico**, forma pela qual os seres humanos interatuam com o ambiente como seres físicos. O modo fisiológico tem cinco necessidades básicas: oxigenação, nutrição, eliminação, atividade-descanso e proteção. Quatro são processos mais complexos: os sentidos, os líquidos e eletrólitos, a função endócrina e a função neurológica. **Modo de autoconceito-identidade grupal**, são crenças e sentimentos que uma pessoa tem de si mesma em determinado momento e são adquiridos através da interação social. **Modo de**

função de papel, indivíduo desempenhando sua interação social. **Modo de interdependência**, ações relacionadas com a forma de dar e receber amor, respeito e valor. Relações de integridade e segurança proporcionadas nas interações afetivas (ROY, 1984, p. 30-35).

A porta de saída (output): os **comportamentos** no sistema adaptativo humano que podem ser **respostas adaptativas**, pois promovem integridade da pessoa para alcançar adaptação (sobrevivência, crescimento, reprodução e domínio), ou **respostas negativas**, não favorecem integridade nem alcançam os objetivos da adaptação e integração da pessoa com o ambiente, podendo ameaçar a sua sobrevivência, seu crescimento e sua reprodução em situações imediatas ou a curto ou longo prazo (ROY, 1984, p. 30-35).

Para operacionalizar o referido modelo na prática assistencial, Roy (1984) propõe a utilização do processo de enfermagem contemplando seis etapas: avaliação de comportamento, avaliação de estímulos, diagnóstico de Enfermagem, estabelecimento de metas, intervenção e avaliação.

- **Primeira etapa:** Inclui a coleta de dados em relação ao comportamento da pessoa e o nível atual de adaptação. Nesta avaliação, Roy vê o ser humano como um sistema holístico que se adapta. As entradas no sistema estão formadas pelos estímulos, tanto internos como externos, que provêm do ambiente, os quais ativam os processos de enfrentamento que atuam para manter a adaptação nos quatro modos adaptativos. Nesta etapa utiliza-se a observação minuciosa, a história clínica, a entrevista e o exame físico (ROY, 1984, p. 51 [tradução nossa]).
- **Segunda etapa:** Avaliação dos estímulos: as habilidades utilizadas para apreciar os estímulos são as mesmas usadas para avaliar os comportamentos. Nesta etapa se analisam os fatores mais importantes que estão produzindo adaptações positivas ou negativas na pessoa. Os estímulos podem ser internos ou externos, e incluem todas as condições, circunstâncias e influências que rodeiam ou afetam o comportamento do sistema adaptativo humano (ROY, 1984, p. 51 [tradução nossa]).
- **Terceira etapa:** Diagnóstico de enfermagem. Inclui a identificação dos problemas adaptativos ou inefetivos que ameaçam a sobrevivên-

cia. É a determinação dos comportamentos adaptativos e inefetivos da pessoa e os fatores influentes para determinar o diagnóstico e as intervenções de enfermagem, porque estas se relacionam diretamente com os estímulos (ROY, 1984, p. 55-56 [tradução nossa]).

- **Quarta etapa:** Estabelecimento de metas: é a determinação clara dos resultados que se esperam alcançar com o cuidado de enfermagem, buscando manter ou promover comportamentos adaptativos e modificar os inefetivos. As metas podem ser de curto prazo, hora a hora ou dia a dia; ou a longo prazo, como semana a semana, ou mais. Em alguns casos, a elaboração de metas pode incluir o paciente e a família. Assim, deve-se especificar o que se espera alcançar, o comportamento a ser fortalecido ou modificado, e o tempo em que devem ser alcançados sob ponto de vista do cliente (ROY, 1984, p. 59 [tradução nossa]).
- **Quinta etapa:** Intervenção: inclui a seleção e aplicação de atividades ou cuidados de enfermagem para promover a adaptação, modificando os estímulos ou fatores influentes no fortalecimento dos processos de enfrentamento sob ponto de vista do enfermeiro (ROY, 1984, p. 59-60 [tradução nossa]).
- **Sexta etapa:** Avaliação: inclui avaliar a efetividade das intervenções em relação ao comportamento do sistema humano. Esta avaliação se realiza com a pessoa, analisando o alcance das metas propostas. Se estas não foram alcançadas, deve-se indagar o porque, assim retorna-se para a primeira etapa e analisa-se detalhadamente os comportamentos que continuam sendo inefetivos e os novos estímulos que estão influenciando (ROY, 1984, p. 61 [tradução nossa]).

De acordo com Chiavenato (2007), a obra de Roy nem sempre é compreendida, por ter sido seu modelo contextualizado em suposições científicas na Teoria Geral dos Sistemas de Von Bertalanffy, criticada duramente pela excessiva cientificidade dada aos problemas organizacionais.

Concordo com Maas (2006), os referenciais que embasaram a teoria de Roy justificam-se pelo momento histórico vivido pelos profissionais de saúde, em que os valores do agir profissional tinham em seu arcabouço grande reflexo de um período que aliou o ápice dos avanços técnico-científicos a um momento de crise após a Segunda Guerra, vivenciados num século conhecido como “a idade da razão”.

Roy buscou desenvolver uma assistência, num contexto que, embora ausente nos discursos, ainda é condicionado ao exercício da medicina ocidental e seu desenvolvimento paralelo com a sociedade industrial (RIZZOTTO, 1999). No entanto, buscando superar o mero tecnicismo, desenvolveu uma associação entre um modelo de cuidado como fenômeno da enfermagem e sua inerente condição técnica, em torno de suposições filosóficas baseadas na relação enfermeiro-paciente refletidas na perspectiva da liberdade do indivíduo e no realce à adaptação da pessoa e da saúde na integralidade e totalidade (MAAS, 2006).

3.3 MARCO CONCEITUAL

O marco conceitual a seguir apresentado adapta a proposição teórica de Roy à realidade de minha prática assistencial para efetivar o cuidado e desenvolver a presente pesquisa.

Conceito, do latim *conceptus*, de *concipere*: “é compreendido como resultado ou termo de uma concepção mental” podendo também ser definido como “a apreensão ou representação intelectual e abstrata da essência de um objeto” (FREITAS, 1989, p. 1078). Para Trentini e Paim (2004, p. 51) “conceitos são abstrações de realidades, embora a realidade seja concreta, o conceito que a representa é sempre abstrato”.

Os conceitos de um modelo conceitual são abstratos e gerais e não são observados diretamente no mundo real, eles não são limitados a algum indivíduo, grupo, situação, ou evento particular. O sistema adaptativo humano é um exemplo de um conceito de modelo conceitual (FAWCETT, 2005).

Para tanto, o marco conceitual construído neste estudo incorpora pressupostos básicos e conceitos desenvolvidos por Callista Roy, os quais acredito ajustáveis ao vivenciado pela mãe e familiares e recém-nascido de baixo peso, na terceira etapa do Método Canguru.

A utilização de marcos conceituais na prática profissional dos enfermeiros auxilia a dar visibilidade às metas e resultados que se espera alcançar junto as pessoas que se presta cuidados, tornando a prática científica e organizada, além de possibilitar a expressão de valores e formas de cuidar do enfermeiro (BRANDALIZE; ZAGONEL, 2006).

3.3.1 Pressupostos do Modelo de Adaptação de Roy

Pressupostos são definidos como enunciados que expressam as crenças e valores do autor e que se admitem como certos sem nenhuma prova ou demonstração (TOMEY; ALLIGOOD, 1999). Segundo Pearson e Vaughan (1986) a própria Roy admite que as crenças em que estão ancoradas seu modelo, podem não estar cientificamente comprovadas, mas têm sido largamente aceitas como verdadeiras. Na construção de seu modelo, Roy apresentou oito pressupostos, de acordo com Tomey e Alligood (1999, p. 257-258).

1. A pessoa é um ser bio-psico-social.
2. A pessoa está em constante interação com as mudanças do meio ambiente.
3. Para enfrentar as mudanças do mundo que lhe rodeia, o ser humano utiliza tanto os mecanismos inatos como os mecanismos adquiridos, os quais são de origem fisiológica, psicológica e social.
4. Saúde e doença são dimensões inevitáveis na vida do ser humano.
5. Para responder positivamente as mudanças do meio ambiente o ser humano precisa se adaptar.
6. A adequação da pessoa depende da função dos estímulos, ao qual a pessoa está exposta e do seu nível de adaptação.
7. O nível de adaptação da pessoa é de tal forma que abrange uma zona indicando a extensão de estímulos que conduzirá a uma reação positiva.
8. A pessoa é concebida como tendo quatro modos de adaptação: necessidades fisiológicas, autoconceito, função do papel e relações de interdependência.

3.3.2 Pressupostos Pessoais

- O Método Mãe-Canguru é um modelo de atenção ao recém-nascido pré-termo e de baixo peso, que favorece a qualidade de vida dos envolvidos e a eficiência da humanização.

- A terceira etapa do método canguru é um momento de transição que fortalece o vínculo do bebê com sua família, favorecendo a alta precoce e assim reduzindo custos sem afetar a qualidade do atendimento.
- O recém-nascido pré-termo e de baixo peso, mães-familiares são seres biopsicosociais que necessitam adaptar-se constantemente ao ambiente.
- A enfermeira da unidade é articuladora de ações, contribuindo no processo adaptativo em situações de enfrentamento do ser humano.
- Saúde e doença são processos do ciclo vital humano e do seu nível de adaptação.
- O nível de adaptação promove integração no transcurso da vida dando à pessoa capacidade de criar mudanças para adaptar-se ao ambiente por meio de suas habilidades e sua capacidade de criação.

3.3.3 Conceitos

3.3.3.1 Ser humano

A **pessoa** pode ser focada individualmente, família ou grupo, a comunidade ou sociedade.

O conceito de ser humano no metaparadigma⁷ do Modelo de Adaptação de Roy, é compreendido como uma pessoa, receptora dos cuidados de saúde, um sistema vivo, complexo e adaptativo com processos internos que servem para manter a adaptação nos quatros modos adaptativos.

A **pessoa** ‘um ser biopsicosocial, constituído por um sistema aberto chamado sistema de adaptação’, formado por diferentes elementos que são relacionáveis entre si e entre o meio ambiente interno e externo quando na busca de adaptação. É o ser que necessita utilizar suas habilidades internas (cognitivas e reguladoras) para manter a adaptação nos quatro modos adaptativos: necessidades fisiológicas, autoconceito, função do seu papel e interdependência (ROY, 1984, p. 12 [tradução nossa]).

⁷ **Metaparadigma** é definido como “os conceitos globais que identificam o fenômeno central de interesse de uma disciplina, as proposições globais que descrevem os conceitos, e as proposições globais que indicam as relações entre os conceitos” (FAWCETT, 2005, p. 4).

No presente estudo os **seres humanos** envolvidos são os recém-nascidos pré-termo e de baixo peso, suas mães e familiares, e a enfermeira. São sujeitos de um sistema vivo, social, complexo e inconclusivo, que interagem e relacionam-se com o outro e com o meio ambiente em constante processo de adaptação, conforme sua percepção diante de um evento e dos recursos ambientais disponíveis.

As **mães e familiares** são seres biopsicosociais, singulares, unidos por laços de consangüinidade ou afetividade, que vivenciam e compartilham a mesma experiência envolvendo recém-nascidos pré-termo e de baixo peso em terceira etapa do Método Mãe-Canguru. Formam a rede de suporte social importante ao recém-nascido pré-termo e de baixo peso.

O **recém-nascido pré-termo e de baixo peso** é um ser especial, com peso inferior à 2.500g, possui características e demandas que precisam ser satisfeitas na terceira etapa do Método Mãe-Canguru para que seu crescimento e desenvolvimento sejam completos. Um ser com vida afetiva e de relação social, que necessita adaptar-se constantemente ao meio ambiente que o cerca e depende de recursos da equipe de saúde, familiares e de recursos ambientais disponíveis, necessita de cuidado com toque adequado, continuidade do contato pele a pele na terceira etapa do Método Mãe-Canguru, tornando-se sujeito que recebe atendimento individualizado considerando suas reações como sistema adaptativo humano e a sua capacidade de reagir à estímulos.

A **enfermeira** é um ser biopsicosocial, articuladora do cuidado adaptativo na terceira etapa do MMC desenvolvendo suas potencialidades e promovendo àquelas necessárias à família e seu recém-nascido bem como sua integração ao ambiente em que se encontram inseridos.

3.3.3.2 Enfermagem

No sentido amplo, a enfermagem é definida por Roy (1984) como um sistema teórico de conhecimentos que ordena o processo de análise e ação relacionado com as pessoas doentes ou que poderão vir a ser.

O objetivo da enfermagem consiste em auxiliar a adaptação dos indivíduos e grupos nos quatro modos adaptativos, ou seja, ajudá-los a adaptar-se às trocas que se produzem em suas necessidades fisiológicas, seu autoconceito, no

desempenho de papéis e em seus relacionamentos de interdependência durante a saúde e os processos de doença. No seu desempenho, a enfermeira tem como importante papel articular a adaptação avaliando os modos adaptativos e intervindo quando necessário na manipulação dos estímulos. O conceito de enfermagem no metaparadigma do Modelo de Adaptação de Roy é representado pelos conceitos de ciência e arte. Enquanto ciência, a enfermagem possui duas dimensões: ciência básica da enfermagem e ciência da clínica em enfermagem. A primeira focaliza os processos básicos da vida humana, buscando a compreensão dos processos que promovem a saúde; e a segunda está baseada na ciência básica da enfermagem, como também na história e filosofia da enfermagem. Esta envolve os conhecimentos relativos ao diagnóstico e tratamento, situações de saúde e doença, entre outros. O conceito de arte é unidimensional. (FAWCET, 2005).

Enfermagem cuja meta é promover a adaptação do ser humano em cada modo adaptativo nas situações de enfrentamento, intervindo através de ações que contribuam na manutenção do comportamento adaptativo, para a saúde da pessoa, qualidade de vida e morte com dignidade (ROY, 1984, p. 12).

A **enfermagem** no contexto deste estudo é a ciência e arte articulando ações na terceira etapa do Método Mãe-Canguru para que o ser humano possa perceber e reagir aos estímulos das situações, circunstâncias ou influências da desospitalização de forma adaptativa e efetiva, compreendendo os momentos vivenciados, tendo sensibilidade, interação e solidariedade como atributos para facilitar a transição.

3.3.3.3 Ambiente

A pessoa explora de maneira contínua o ambiente na busca de estímulos para dar uma resposta e desencadear mecanismos de adaptação. Para Roy o ambiente é definido como “todas as condições, circunstâncias e influências, circundando e afetando o desenvolvimento e o comportamento das pessoas e grupos” (ROY, 1984, p. 13). O conceito de ambiente no metaparadigma do Modelo de Adaptação de Roy é representado pelo conceito de estímulo, que por sua vez, possui três dimensões: estímulo focal, estímulo contextual e estímulo residual (FAWCETT, 2005).

Entendo o **ambiente** como todas as condições, circunstâncias e influências, circundando e afetando o desenvolvimento e o comportamento do recém-nascido pré-termo e de baixo peso, mães e familiares e suas relações vivenciadas na terceira etapa do Método Mãe-Canguru, em seu domicílio e na unidade de neonatologia do HU/UFSC. É o ambiente onde o recém-nascido pré-termo e de baixo peso recebe apoio da família e da equipe de saúde. Será transformado pelo recém-nascido, mães e familiares e ao mesmo tempo transformados por ele.

3.3.3.4 Processo saúde e doença

Saúde “é tanto um processo como um estado de ser, é tornar-se uma pessoa completa e integrada” (ROY, 1984, p. 28 [tradução nossa]).

Sob esta perspectiva, a saúde está relacionada à interação entre o ser humano e o ambiente, tendo como mediadora a adaptação. Para Roy a adaptação é um processo que favorece a integridade fisiológica, psicológica e social, e esta integridade é compreendida como uma situação que leva a totalidade e integridade.

Compreendo o **processo saúde-doença** como parte de um processo construído em situações vivenciadas pelo ser humano o qual sofre influências de fatores externos e internos em determinado tempo e espaço. Na terceira etapa do Método Mãe-Canguru ocorrem interações pessoais e com o meio ambiente, e, essas trocas de experiências de vida, conhecimentos e sentimentos dispõem potencialidades no processo.

3.3.3.5 Adaptação

Adaptação “resposta adaptativa da pessoa através de suas habilidades e condições de enfrentar situações frente estímulos focais, contextuais e residuais” (ROY, 1984, p. 27-28 [tradução nossa]).

Considero **adaptação** uma etapa do processo de movimentação do ser humano frente às transformações seja no ponto de vista biológico, psicológico ou social, possibilitando sua localização existencial, revelando seu mundo, promo-

vendo sua integração no transcurso da vida. Na terceira etapa do Método Mãe-Canguru as mães e familiares já conceberam sua responsabilidade de acolhimento ao recém-nascido pré-termo e de baixo peso nesta forma de cuidado, com amamentação efetiva, promovendo contato pele-a-pele e agregação familiar. Desenvolvem sua percepção frente expectativas, preocupações e inseguranças que surgem nesta nova etapa onde desenvolvem suas capacidades para adaptação positiva a qual atuará diretamente na adaptação do bebê.

3.3.3.6 Cuidado adaptativo

Considero o cuidado definido por Roy (1984, p. 59 [tradução nossa]) como sendo “uma intervenção que inclui seleção e aplicação de atividades ou estratégias de enfermagem para promover a adaptação, modificando os estímulos ou fatores influentes no fortalecimento dos processos de enfrentamento”.

Compreendo o **cuidado adaptativo** aquele que vai além do tecnicismo, necessita o conhecimento das alterações provocadas na pessoa em constante inter-relação com o meio interno e externo, da necessidade de suporte profissional e social tornando-o personalizado, devidamente harmonioso, possibilitando estímulos para desenvolver as potencialidades adaptativas do ser humano.

3.3.3.7 Percepção

“É a interpretação de um estímulo e sua valorização consciente; resulta da atividade do córtex cerebral” (ROY; ANDREWS, 1991, p. 166 [tradução nossa]).

Entendo como **percepção** a capacidade das mães e familiares de apreender expectativas, inseguranças e preocupações num determinado ambiente e momento de vida, como quando inseridos na terceira etapa do MMC, moldando, ativando, atualizando ou deixando de lado modelos mentais ou parte deles. Quanto mais rica, fiel e flexível estiver a percepção melhores opções surgem para o avanço rumo ao que se quer e para reconhecer quando se chega lá.

3.3.3.8 Método mãe-canguru

É um tipo de assistência neonatal que implica o contato pele a pele precoce entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo, dessa forma, uma maior participação dos pais no cuidado ao seu recém-nascido. Promove o aumento do vínculo mãe-filho; estímulo ao aleitamento materno; maior competência e confiança dos pais no manuseio do seu filho de baixo peso, mesmo após a alta hospitalar; melhor controle térmico; melhor relacionamento da família com a equipe de saúde; diminuição da infecção hospitalar; menor permanência hospitalar (BRASIL, 2000, p.18-19).

Compreendo o **Método Mãe-Canguru** como benefício da saúde e da qualidade de vida das mães e familiares e dos bebês. Cuidado eficaz aos recém-nascidos pré-termo e de baixo peso contribuindo para a redução dos índices de mortalidade nesse segmento, implantação e manutenção de baixo custo. É a força da prática e a eficiência da humanização também na terceira etapa com incentivo ao aleitamento materno, resgatando vínculo/apego de mães, pais e familiares, oportunizando suas responsabilidades e desenvolvendo confiança no saber e no fazer, diminuindo o tempo de separação entre si e hospitalização. Exercício de mudança na postura profissional com abordagem holística respeitando a individualidade de cada bebê e sua família.



4 REFERENCIAL E PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa Convergente-Assistencial, de natureza qualitativa. Este referencial metodológico, a Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA), foi proposto por Mercedes Trentini e Lygia Paim, brasileiras, enfermeiras doutoras e docentes de enfermagem.

A opção por este referencial se fez a partir da necessidade sentida de articular teoria e prática na construção do conhecimento em enfermagem já que, segundo suas autoras, esta modalidade de pesquisa procura manter em todas as fases do processo investigativo, uma estreita relação com a prática assistencial, tendo como finalidade “encontrar alternativas para solucionar ou minimizar problemas, realizar mudanças e introduzir inovações na prática” (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 28).

Neste tipo de investigação o tema da pesquisa deve emergir da prática profissional cotidiana do investigador, e assim sendo, estará relacionado à situação problema da prática. Este tipo de desenho metodológico permite que as ações desenvolvidas na prática assistencial possam concomitantemente ser incorporadas ao processo de pesquisa, do mesmo modo que as ações de cunho investigativo podem ser igualmente incorporadas na prática assistencial desenvolvida.

Outra característica da PCA que considero importante ressaltar é de que sua utilização implica no compromisso de trazer benefícios para o contexto assistencial não só durante, mas também após o processo investigativo. O caráter metodológico caracterizado por movimentos de proximidade, distanciamento e convergência do saber fazer profissional, oportuniza trocas recíprocas de informações ao longo de ambos processos, ou seja, da prática assistencial e da pesquisa. Neste particular, a referência citada por Demo (2000), reforça que o “saber- fazer” a revelia da teoria pode valorizar as técnicas utilitárias imediatistas, pois:

a prática não se restringe à aplicação concreta dos conhecimentos teóricos, por mais que isto seja parte integrante. Prática, como teoria, perfaz um todo, e como tal está na teoria, antes e depois. Sobretudo, prática não aparece apenas como demonstração técnica do domínio conceitual, mas como modo de vida em sociedade a partir do cientista (DEMO, 2000, p. 59).

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL E DO CONTEXTO DO ESTUDO

Para Trentini e Paim (2004) a escolha do espaço físico da pesquisa (local do estudo) é compreendido como aquele onde se estabelecem as relações sociais inerentes aos objetivos e finalidade da pesquisa.

Este estudo foi desenvolvido na unidade de neonatologia da maternidade do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina HU/UFSC. Inaugurado em 1980, este é um hospital geral com leitos obstétricos, gerenciado com recursos federais e é o único de Santa Catarina totalmente público. Caracteriza-se por ser um Hospital de Ensino, pois além de prestar assistência à saúde da população, desenvolve simultaneamente atividades de ensino, pesquisa e de extensão.

A Maternidade do HU/UFSC, em funcionamento desde 20 de outubro de 1995, possui 117 leitos, está situada no 2º andar do hospital e inclui os seguintes setores/unidades: ginecologia e triagem obstétrica, centro obstétrico (CO), alojamento conjunto (AC), Central de Incentivo ao Aleitamento Materno (CIAM), lactário, unidade de neonatologia e o hotelzinho. Este último destina-se a receber puérperas mães de recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso ao nascer, com alta obstétrica, cujos filhos permanecem internados na unidade neonatal. Esta unidade possui 4 leitos, sendo atendidas prioritariamente aquelas que se encontram até o quinto dia de puerpério, as que estão iniciando a amamentação e aquelas que residem fora da região grande Florianópolis, tendo livre acesso para visitar o filho na UTI neonatal, sem restrição de horários.

A Maternidade destaca-se por adotar desde sua inauguração, uma filosofia diferenciada criada por uma equipe interdisciplinar, baseada em pressupostos humanísticos. A mesma preconiza que:

Em se prestando assistência, se ensina. É direito de toda mulher – recém-nascido (RN) – família, no processo de gravidez, parto e puerpério, receberem atendimento personalizado que garanta uma assistência

adequada, nos aspectos biológicos, sociais, psicológicos e espirituais. A atenção à saúde da mulher visa o ciclo grávido – puerperal, considerando a gravidez como processo e não como um evento. Na atenção à saúde da mãe, RN e família, na gravidez, parto e puerpério, considera-se a importância do papel do pai, sua presença e participação. O sistema de alojamento conjunto facilita a criação e aprofundamento de laços mãe-família, favorecendo a vinculação afetiva, a compreensão do processo de crescimento e desenvolvimento, a participação ativa e a educação à saúde dos elementos mencionados. A equipe interdisciplinar que presta assistência à mulher – RN – família, deve atuar de forma integrada, visando um atendimento adequado. As atividades de ensino, pesquisa e extensão realizadas pela equipe interdisciplinar ligadas à saúde mãe – família, devem refletir atitudes de respeito ao ser humano e reverter em benefício de uma melhor assistência. A equipe deve exercer papel atuante na educação da mulher/acompanhante e grupo familiar, com vistas ao preparo e adaptação ao aleitamento materno, desenvolvimento da confiança e capacidade de cuidar do filho, execução de cuidados básicos de saúde e planejamento familiar. Todo pessoal deve ter qualificação, treinamento e supervisão continuadas, específicas, para prestação da assistência a que tem direito a mãe, RN e a família. A parturiente não deixará de ser assistida por quaisquer problemas burocráticos ou as rotinas terão flexibilidade suficiente para toda e quaisquer exceções ou serão adaptadas após a geração do fato. O desenvolvimento de atividades será de forma integrada quanto às unidades que operam na maternidade ou com ela se relacionem. A mulher deve permanecer internada o tempo suficiente para que sejam atendidas suas necessidades assistenciais e de educação em saúde (SIEBERT, 2004, p. 14-15).

Pressupostos estes, que apresentam consonância com a proposta de atenção humanizada ao recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso – Método Mãe-Canguru, regulamentada pelo Ministério da Saúde brasileiro (BRASIL, 2000). Em decorrência disso, foi credenciada pelo Ministério da Saúde como Centro de Referência da região Sul.

Na unidade de neonatologia são internados recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso e ainda recém-nascidos a termo com problemas de saúde e/ou que necessitam de investigação diagnóstica. As principais causas de internação são: a prematuridade, o baixo peso ao nascer, a asfixia perinatal, o desconforto respiratório, a infecção perinatal, a hipoglicemia e a icterícia neonatal. Segundo Costa (2005), a unidade de neonatologia (de acordo com o livro de registro da unidade) apresenta uma taxa de ocupação que varia de 47 a 62%, sendo que os recém-nascidos internados ali são procedentes de todo estado de Santa Catarina. O tempo de internação varia de poucos dias a até três meses.

A unidade de neonatologia atualmente possui dezessete leitos, distribuídos em quatro salas: sendo seis leitos para cuidados intensivos, onde internam bebês pré-termo ou a termo com graves problemas de saúde e/ou muito baixo peso; seis leitos de cuidados intermediários, onde internam os bebês que necessitam ser

observados nas primeiras 24 horas de vida, seja por prematuridade, processos físicos adaptativos do nascimento ou investigação diagnóstica, e os egressos de cuidados intensivos que atingiram 1.500g, clinicamente estáveis; quatro leitos de cuidados mínimos destinados aos bebês que tiveram alta dos cuidados intensivos ou intermediários, internaram somente para observação clínica nas primeiras 24 horas de vida e/ou necessitam adquirir peso; e um leito para isolamento destinado às internações infecto-contagiosas, diagnóstico a esclarecer em bebês externos de até 29 dias de vida, estes preferencialmente nascidos no próprio Hospital Universitário.

Esta unidade sofreu um processo de reforma e ampliação de sua área física para atender aos requisitos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) em relação ao programa Mãe-Canguru. Para tanto, contou com financiamento do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) e da Fundação ORSA. Assim, a área ampliada, denominada de alojamento mãe-canguru possui oito leitos e dois consultórios para atender a demanda ambulatorial, sala de visitas, sala de brincar para os irmãos de bebês internados, sala de refeições e reuniões, cozinha, lavanderia e solário. O alojamento mãe-canguru é destinado a bebês em segunda etapa do MMC, ou seja, com peso mínimo de 1.250g e clinicamente estáveis. Atualmente esta área ainda não foi inaugurada e aguarda liberação dos leitos para internação, bem como contratação de recursos humanos.

Na unidade de neonatologia o acesso dos pais é livre e estimulado em período integral. No horário de visitas – das 15 às 16 horas, é permitida a entrada de dois familiares por dia, incluindo os avós e os irmãos do recém-nascido.

Esta unidade conta com uma equipe interdisciplinar de saúde composta por 08 enfermeiras, 22 técnicas de enfermagem, 18 auxiliares de enfermagem, dois escrivães (um é bolsista), 12 médicos neonatologistas. Duas fonoaudiólogas, uma psicóloga, uma assistente social e uma nutricionista assistem a unidade conforme encaminhamentos, pois atendem a toda maternidade. O serviço de fisioterapia do HU/UFSC atende os recém-nascidos, que têm encaminhamento médico específico, dentro de suas possibilidades conforme demanda.

A escolha deste local para realização desta pesquisa firmou-se pelas necessidades sentidas durante meu dia a dia profissional enquanto enfermeira assistencial do Serviço de Neonatologia, e, pela representatividade do HU/UFSC como referência do Método Mãe-Canguru na região Sul pelo Ministério da Saúde.

4.2 SUJEITOS SIGNIFICATIVOS DO ESTUDO

Os sujeitos significativos deste estudo são mães e familiares com seus bebês recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso internados na unidade de neonatologia da maternidade do Hospital Universitário/UFSC e que ingressaram na terceira etapa do Método Mãe-Canguru durante o período de coleta de dados, residentes na grande Florianópolis. Residir na grande Florianópolis é critério para elegibilidade de ingresso na terceira etapa, pois permite facilidade de retorno às consultas agendadas. Também foi rigorosamente considerado o consentimento livre e esclarecido das mães e familiares em participar do estudo.

O presente estudo envolveu seis mães e familiares e seus recém-nascidos, os quais descrevo a seguir de forma mais detalhada. Ressalto que a numeração que identifica bebê, mãe e pai, surgiu da soma numerológica da data de nascimento do bebê com seu nome completo, a sequência da apresentação segue ordem de ingresso na terceira etapa do Método Mãe-Canguru.

Importante ressaltar que na pesquisa de natureza qualitativa, e, portanto também na PCA, não são estabelecidos critérios rígidos para a seleção e o tamanho da amostra, devendo estes, ser delineados com base na necessidade de informação. Isto porque nesta modalidade de pesquisa, é valorizado não o princípio de generalização, mas sim o da representatividade quanto à profundidade e diversidade das informações a serem obtidas. Assim, alguns autores sugerem como princípio orientador, a saturação dos dados, ou seja, “amostrar até o ponto em que não é obtida nenhuma informação nova e é atingida a redundância” (POLIT; BECK; HUNGLER, 2001, p. 237).

O tamanho da amostra não foi determinada antes de iniciar a coleta de informações, pois dependia dos depoimentos apreendidos pelos entrevistados (mães e familiares). A amostra foi definida à medida que as informações foram sendo saturadas, ficando desta forma condicionada à compreensão do fenômeno, ou seja, quando iniciasse a repetição dos discursos, não surgindo novas informações.

4.3 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO

No segundo semestre de 2006 comecei a observar mais atentamente o fluxo

dos ingressos na terceira etapa do Método Mãe-Canguru na unidade de neonatologia onde faço parte da equipe como enfermeira assistencial. Sempre que possível, durante meu turno de trabalho (noturno), conversei com os pais cujos bebês estavam com indicativos de ingressarem na terceira etapa, estimulando as mães para o aleitamento materno muitas vezes exaustivo neste turno do dia.

A expectativa dos pais para a possibilidade da alta precoce era visível e sempre gerando preocupação com ganho ponderal diário o que muitas vezes dispersava atenção para outros cuidados.

Também me mantive atenta aos registros para que os bebês em terceira etapa fossem devidamente identificados no livro de registros, para tanto conversei com colegas enfermeiros e escriturário, obtive dos mesmos receptividade e apoio. Esta preocupação surgiu pela ausência de registro do ingresso dos bebês em terceira etapa. Quando os bebês desospitalizam eles liberam o leito na unidade neonatal, porém continuam sob a demanda do Serviço. Com o registro adequado obtemos controle estatístico rápido e fidedigno.

Em outubro de 2006 ao desenvolver a prática da disciplina de projetos assistenciais foi me dada a tarefa de propor, aplicar e avaliar um projeto assistencial de enfermagem com abordagem individual, familiar ou a grupos da comunidade, fundamentando-o em uma teoria de enfermagem, envolvendo conteúdos relativos aos desafios éticos em saúde, tecnologias para a educação em saúde e processos de trabalho nas diferentes visões sócio-políticas em enfermagem e em saúde. Propus então acompanhar as consultas médicas da terceira etapa, inserindo a consulta de enfermagem e assim os bebês, mães e familiares passaram a ser participantes da pesquisa convergente-assistencial, após concordarem e assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido. Disponibilizei meus telefones para contato dos pais sempre que necessário.

No momento da desospitalização os bebês foram agendados para retornos em terceira etapa, quando é realizada consulta médica, os quais aconteceram sempre no período vespertino, duas vezes por semana, como já é rotina na unidade, respeitando o horário de chegada da mãe e familiares com seu bebê. Inseri a consulta de enfermagem depois da consulta médica exceto na vigência de agilizar a demanda da Unidade em situações, por exemplo, em que o médico plantonista não dispunha de tempo para realizar sua avaliação no momento da chegada do bebê canguru e seus familiares.

Durante a pesquisa, realizada até fevereiro de 2007, utilizei informações registradas em prontuário para identificar dados maternos e paternos, dados do parto e do recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso durante sua internação na unidade de neonatologia até seu ingresso na terceira etapa do Método Mãe-Canguru e de informações complementares prestadas pelos familiares dos bebês.

4.3.1 Processo de cuidar adaptado a partir do modelo de Roy

A coleta de dados da pesquisa foi realizada através do processo de cuidar do modelo adaptativo de Roy inserido na terceira etapa do Método Mãe-canguru. Desta forma, descreverei a seguir como se deu o processo de cuidar do RN-mãe-familiares em terceira etapa do MMC. Sendo que este foi ajustado por mim a partir do processo de enfermagem proposto por Roy (1984).

A primeira etapa foi a de coleta de dados por observação e entrevista. As consultas da terceira etapa, incluindo consulta médica e de enfermagem, tiveram duração de uma a duas horas, realizadas na sala de cuidados mínimos e, quando havia bebês internados nesta sala, conversamos reservadamente na sala de reuniões do setor após aferição de peso, estatura, perímetro cefálico e exame clínico. É utilizado um instrumento médico para os registros em retorno ambulatorial (Anexo I) que após alta da terceira etapa é anexado ao prontuário do bebê.

Como pesquisadora, busquei interagir através da observação do processo que desospitaliza recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso, buscando informações referentes ao fenômeno estudado. Desta forma os encontros, as consultas de enfermagem em terceira etapa do Método Mãe-Canguru, foram planejados de modo que a pesquisa e a prática convergissem no processo de cuidar do modelo adaptativo de Roy a eles vinculados.

A técnica principal utilizada foi a observação participante, pela propriedade que possui de captar uma variedade de fenômenos de uma situação social, os quais não podem ser obtidos unicamente por meio de entrevistas (MINAYO *et al.*, 1994). Segundo Trentini e Paim (2004) a observação participante constitui a parte fundamental da pesquisa de campo.

Neste estudo, a observação me auxiliou a conhecer o que as mães e familiares faziam, falavam e com quem falavam, e, suas expressões não verbais quando retornavam para a consulta na terceira etapa. Também apurei meu olhar sobre o recém-nascido buscando suas respostas adaptativas sob cuidado domiciliar e seu comportamento durante as avaliações pondo-estaturais, processo de amamentação, vigília ou repouso durante minhas conversas com os pais e familiares que acompanharam os bebês nos retornos.

Na seqüência foi realizada a entrevista, com objetivo de obter informações, mas essencialmente como condição social de interação humana. Foi utilizada a entrevista individual na qual ocorre interação face a face com o entrevistado, na modalidade de entrevista semi-estruturada que parte de tópicos relacionados ao tema de pesquisa.

Julgo importante destacar aqui que, apesar de minha percepção enquanto integrante da equipe de saúde da Unidade de Neonatologia, e de já possuir algumas inquietações com relação a alguns pontos a serem debatidos (já apresentados na introdução deste projeto), optei pela entrevista semi-estruturada para interagir com os entrevistados pela possibilidade de aprofundar e focalizar o assunto à medida que correu a interação entre o sujeito e a pesquisadora.

A entrevista semi-estruturada adotada por Trentini e Paim (2004), parte de tópicos relacionados ao tema da pesquisa, oportunizando o aprofundamento e a focalização no assunto à medida que a interação entre o entrevistador e o entrevistado se desenvolve.

Na etapa da entrevista procurei promover a sistematização sugerida, para a terceira etapa, pelo Ministério da Saúde através da Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (BRASIL, 2002). Desta forma, sempre inseri as seguintes questões nos contatos de retorno à unidade:

- Como foi o primeiro dia de vocês?
- Que dúvidas você necessita esclarecer?
- E o aleitamento, como está?
- Como está o manejo canguru domiciliar?

(BRASIL, 2002, p. 141).

Todas as entrevistas foram realizadas no ambiente da Unidade de Neonatologia do HU/UFSC, respeitando horários e sujeitos envolvidos na terceira etapa do Método Canguru. Em alguns retornos realizei a consulta de enfermagem antes

da consulta médica devido intercorrências do Serviço que exigiam presença do médico plantonista, busquei amenizar a espera pela avaliação médica e respeitar a permanência da mãe, pai ou familiar que acompanhavam o bebê.

Ao longo deste processo, realizando a coleta de dados, lancei mão também dos seguintes instrumentos de registro: fotos, gravações e transcrição das fitas com a devida autorização dos participantes; e utilização de um diário de campo, elaborado após cada encontro, no qual registrei dados relativos a cada vivência, incluindo a presença e envolvimento dos participantes no processo através da comunicação verbal e não verbal, bem como minhas reflexões pessoais.

Na segunda etapa, que denominei de **categorias diagnósticas**, busquei investigar os indicadores de adaptação positiva e os problemas comuns de adaptação nos quatro modos de adaptação descritos por Roy (Anexo II). Para tanto observei de forma consciente os comportamentos dos envolvidos, respostas das mães e familiares junto às do seu bebê frente o cuidado realizado pelos mesmos durante a terceira etapa. Registrei como estavam realizando sua adaptação em ambiente domiciliar através de seus depoimentos e questionamentos, bem como seu envolvimento através de falas e olhares durante a consulta médica e posteriormente a consulta de enfermagem.

Os registros das categorias indicativas de adaptação positiva e de problemas comuns de adaptação, diagnóstico e cuidados de enfermagem foram realizados em uma planilha (Apêndice I).

Dando seqüência ao processo de cuidar do modelo adaptativo de Roy temos a terceira etapa, o **diagnóstico de enfermagem**, um exercício de autonomia profissional, facilitando a interação com os sujeitos significativos, dando clareza ao manejo necessário para o processo adaptativo de acordo com as necessidades individuais ou coletivas. Identificadas as adaptações positivas estas foram estimuladas se necessárias ao processo de cuidar e os problemas de adaptação que exigiam articulações do enfermeiro receberam atenção específica.

Diagnóstico de enfermagem elaborado seguia-se com a quarta etapa, a descrição dos **cuidados de enfermagem**, estabelecendo as metas com clareza nos resultados que se esperava alcançar. Este plano é estabelecido com a mãe, pai e familiares para os comportamentos a serem alcançados por eles e seu bebê.

Metas estabelecidas, e, buscando reconhecer o alcance das mesmas realizava-se a quinta etapa, a **avaliação**.

Dentro do controle sistemático sugerido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) observei, para fins de avaliação do processo da prática, o trabalho com a demanda da família em relação a avaliação pôn timer-estatural, exame clínico sumário, avaliação do equilíbrio psicoafetivo mãe-bebê, diagnóstico, tratamento e orientação, promoção do aleitamento materno, imunização (anti-hepatite B), revisão do sumário de alta e atenção para controles especiais. O processo avaliativo transcorreu sempre no finalizar de cada retorno em terceira etapa do Método Mãe-Canguru.

4.3.2 Extrato Analítico da Pesquisa

O extrato analítico para alcançar a fase amadurecida foi extremamente trabalhoso. Embora complexo a pesquisa convergente-assistencial aponta indicativos úteis na análise das informações o que me orientou na investigação referente minha pergunta de pesquisa dentro do contexto da prática assistencial de enfermagem.

Pela sua versatilidade a PCA é apaixonante, pois abrange processos de assistência e pesquisa de forma que

entende-se que a situação em estudo não se mantém estável durante o período do estudo; nesse caso, o pesquisador intervém, a pesquisa por si intervém; assim, este tipo de pesquisa sempre envolve ações de assistência, mesmo que o enfoque seja entender ou descrever algum aspecto da experiência do paciente (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 92).

Operacionalmente, no processo analítico, utilizei os passos propostos por Morse e Field (*apud* TRENTINI; PAIM, 2004, p. 92-97), composto pelos seguintes processos:

4.3.2.1 Processo de apreensão

Uma fase de base onde iniciei a organização das informações coletadas através de notas de campo, constando os relatos, diálogos e observações feitas do contexto onde ocorreram os encontros, e minhas notas de pesquisadora, constando

meus sentimentos de pesquisadora em relação ao estudo, bem como as notas teóricas e metodológicas do processo.

4.3.2.2 Processo de síntese

Fase de interpretação onde descartei e selecionei os dados de acordo com a significância, síntese do conteúdo, temas abordados e analisados com base no referencial teórico e outras bibliografias. Para visualizar os discursos primários abstraídos até a construção das categorias convergentes mais significativas criei um “material ilustrativo” que pode ser observado no Apêndice II.

Para Trentini e Paim (2004) o processo de síntese é uma fase de criação de material ilustrativo para o próprio pesquisador, que emerge após sintetizar e memorizar todo o processo de trabalho.

4.3.2.3 Processo de teorização

Fase de desenvolver um esquema teórico. Categorização dos valores contidos nas informações à luz da fundamentação teórico-filosófica.

Vivenciei, enquanto pesquisadora, um constante exercício de leitura e releitura, uma busca para formular categorias convergentes resultantes do processo de compre-ensão.

4.3.2.4 Processo de transferência

Fase de associação dos resultados, dando significado a determinados achados, procurando contextualizá-los sem, contudo, generalizá-los.

Resignificando os achados neste estudo descrevi teoricamente o meio-tempo entre a desospitalização precoce e o primeiro retorno na terceira etapa do Método Mãe-Canguru, as vivências de mães e familiares frente o cuidado adaptativo enquanto inseridos na terceira etapa do método, resultados descritos no sétimo capítulo.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO

Para Trentini e Paim (2004) as questões éticas da enfermagem na pesquisa convergente-assistencial compreendem os comportamentos que caracterizam a cultura de certo grupo profissional ao desenvolver investigação científica no âmbito da própria assistência, por fazer valer o uso de determinados valores reconhecidos como princípios morais, os que têm a vida como fundamental e o respeito à dignidade humana como o alicerce das relações profissionais com a pessoa que é cuidada.

Desta forma, esta pesquisa respeitou os princípios de beneficência, não maleficência, justiça e autonomia, preconizados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e os princípios do Código de Ética profissional para normatizar as atividades de pesquisa. Assim, respeitando tais princípios, o presente projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo aprovado sob o parecer nº 237/2006.

Os aspectos éticos observados no transcurso do desenvolvimento desta pesquisa foram os seguintes:

- foi desenvolvido após o consentimento dos responsáveis da instituição, bem como com a autorização para revelar a identificação da mesma;
- a fim de assegurar os preceitos éticos de empreendimento científico, e, como envolve seres humanos, o presente projeto de pesquisa foi encaminhado à Comissão de Ética da Instituição através de documento para a solicitação de desenvolvimento do mesmo (Apêndice III);
- a proposta desenvolvida, bem como seus objetivos, sua importância, relevância de focalizar a problemática do estudo, bem como sobre a metodologia a ser adotada, foram compartilhadas com a equipe de saúde bem como com os sujeitos significativos do estudo;
- o processo de cuidado adaptativo e os dados somente foram coletados após a manifestação da anuência à participação na pesquisa pelos sujeitos a serem pesquisados, sendo esta formalizada através da assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice IV) pelas mães e/ou familiares de recém-nascidos de baixo peso, sem qualquer artifício de coerção;

- a liberdade do sujeito pesquisado de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer momento da pesquisa, sem penalização e sem prejuízo ao seu cuidado, foi assegurado;
- foram previstos procedimentos que asseguram a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas pesquisadas;
- o trabalho foi disponibilizado para os participantes, sempre que solicitado, sendo que me mantive disponível para esclarecimento de eventuais dúvidas;
- as informações, análises e sugestões contidas no estudo tiveram objetivo meramente profissional, baseado no compromisso de responsabilidade, honestidade, respeito e dignidade;
- em todas as situações do desenvolvimento da pesquisa, procurei reconhecer minhas limitações, aceitando críticas e sugestões, buscando o aprimoramento científico em benefício do recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso e de suas mães e familiares e do crescimento profissional.



5 DESCRREVENDO A PRÁTICA ASSISTENCIAL E INVESTIGATIVA DESENVOLVIDA COM AS FAMÍLIAS E SEUS RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO E/OU DE BAIXO PESO EM TERCEIRA ETAPA DO MÉTODO MÃE-CANGURU

Neste capítulo faço uma pequena introdução da minha vivência na prática assistencial e investigativa seguida da apresentação dos sujeitos do estudo. A opção em não identificar o bebê por nome fictício e sim pela sua numerologia agradou aos pais, pois é uma forma de reforçar o recém-nascido como sujeito desde seu nascimento. Na seqüência apresento o processo de cuidar do Modelo de Adaptação de Roy na terceira etapa do Método Mãe-Canguru na unidade de Neonatologia do HU/UFSC, iniciado no momento da desospitalização e no retorno ambulatorial com início dia 08 de novembro de 2006, tendo sido acompanhados seis mães e familiares e seus bebês até fevereiro de 2007.

5.1 VIVÊNCIAS ADAPTATIVAS NO PROCESSO DE CUIDAR ENTRE A PRÁTICA E A PESQUISA

Acredito que minha vivência adaptativa entre a prática e a pesquisa foi influenciada pelos anos dedicados a atividade profissional em saúde pública. Com o olhar muito voltado para a família e comunidade, percebi que essa trajetória contribuiu muito para a escolha da minha pesquisa na área hospitalar onde hoje estou inserida, ou seja, a desospitalização do recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso e sua família quando de sua alta para a terceira etapa do Método Canguru.

A partir do desejo de querer conhecer o universo familiar enquanto responsável principal pela terceira etapa do método e de compreender como se dá a

atuação dos profissionais de saúde, entre os quais eu me incluo, na sua promoção, iniciei, no primeiro semestre de 2006, conversas informais com colegas de trabalho, enfermeiros, técnicos e médicos os quais contribuíram com sugestões e falas de incentivo e boa receptividade à proposta.

Neste momento, passei a procurar registros referentes à terceira etapa do Método Mãe-Canguru na unidade de Neonatologia do HU/UFSC. Observei que não era feito nenhum registro específico que indicasse que o RN havia sido transferido para a terceira etapa. Assim, surgiu a necessidade de implementar um registro de alta para terceira etapa que efetivamente oficializasse o início do ambulatório de seguimento Canguru.

O recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso recebia alta hospitalar no sistema informatizado e no livro de registros da Unidade, o que dificultava um controle estatístico. Como este é um papel de registro executado pelo enfermeiro ou pelo escriturário, quando no seu turno de trabalho, encaminhei memorando, para minha chefia de enfermagem, solicitando a inclusão do item *alta para terceira etapa Método Canguru* no sistema informatizado que, depois do devido encaminhamento, obteve aprovação da Direção de Enfermagem, é hoje um fruto positivo da proposta mesmo que não planejado previamente enquanto estratégia de pesquisa.

Feita essa apresentação inicial, passo a seguir a apresentar os sujeitos significativos do estudo.

Bebê Canguru 7 (BC7) – Mãe Canguru 7 (MC7) e Pai Canguru 7 (PC7)

BC7, sexo feminino, nasceu dia 10 de outubro de 2006, 32 semanas e 3 dias (idade gestacional/capurso⁸), com 1.575g e 39,8 cm de estatura. Parto cesária, com apgar 8 no 1º minuto e 9 no 5º minuto. Na sala de parto necessitou de oxigênio inalatório. Na unidade de neonatologia recebeu tratamento para infecção neonatal, icterícia e anemia. Assim, foram dez dias de hidratação endovenosa, antibioticoterapia por 14 dias, uma infusão de hemoderivado concentrado de hemáceas, fototerapia por 5 dias. Em exames complementares foi avaliada por ultrassonografia de crânio cujas alterações foram consideradas como próprias da prematuridade, avaliação auditiva sem alterações e a avaliação oftalmológica ficou

⁸ Método de avaliação da idade gestacional (IG) do recém-nascido (RN) maior que 28 semanas, baseado em critérios físicos e neurológicos (BALLARD, 1979).

agendada para dia 23/11/06. Recebeu alimentação enteral, leite materno ordenhado, por oferta via oral em sucção nutritiva após o estímulo ao peito em todos os horários de mamadas. Atingiu um peso mínimo de 1.505g aos sete dias de vida. Permaneceu internada 21 dias. Ingressou na terceira etapa do Método Mãe-Canguru dia 06 de novembro de 2006 com idade corrigida de 35 semanas e 3 dias, peso de 1.900g e 42 cm de estatura, aleitamento mantido e oferta de complemento via oral, prescrito leite materno ordenhado ou fórmula (aptamil pré). Seu primeiro retorno (consulta) na terceira etapa ficou agendado para dia 10 de novembro de 2006.

MC7, 34 anos, escolaridade nível médio, profissão do lar, católica. Nasceu em Curitiba, Paraná. Reside em São José há 22 anos desde que seus pais se separaram, vindo para Santa Catarina na companhia da mãe. Tem dois filhos de relacionamento anterior, uma filha de 16 anos que já é mãe de um bebê de 5 meses de idade, e, um filho de 20 anos. A filha mora, temporariamente, com MC7 e PC7. O filho tem vida própria e mora em casa distinta. A gravidez de BC7 foi planejada com o atual companheiro com quem vive há três anos. MC7 já estava internada no HU/UFSC por bolsa rota há nove dias, com suspeita de corioamnionite, com história pregressa de hipertensão arterial sistêmica, litíase renal e infarto agudo do miocárdio.

PC7, 46 anos, escolaridade ensino fundamental, profissão autônomo/vendas, católica. Nasceu em São José do Cerrito, Santa Catarina. Reside em São José há 30 anos. Tem dois filhos de relacionamento anterior, uma filha de 27 anos e um filho de 24 anos. Tem um neto de 2 anos de idade. Acompanhou todo processo de internação de MC7 e foi participativo na internação de BC7. Mora com MC7 há 2 anos em casa alugada.

Bebê Canguru 4 (BC4) – Mãe Canguru 4 (MC4) e Pai Canguru 4 (PC4)

BC4, sexo masculino, nasceu dia 14 de setembro de 2006, 28 semanas e 6 dias (idade gestacional/Ballard⁹), com 1.045g e 36 cm de estatura. Parto vaginal, com apgar 8 no 1º minuto e 9 no 5º minuto. Na sala de parto necessitou de

⁹ Método de avaliação da idade gestacional (IG) de recém-nascido (RN) através da análise de 6 parâmetros neurológicos (postura, ângulo de flexão do punho, retração do braço, ângulo poplíteo, sinal do xale, calcanhar-orelha) e 6 parâmetros físicos (pele, lanugo, superfície plantar, glândula mamária, olhos/orelhas, genital masculino, genital feminino), a cada um dos quais se atribui uma pontuação que na somatória determinará a estimativa da idade gestacional; permitindo assim a avaliação de RN com IG a partir de 20 semanas e peso inferior a 1.500g (BALLARD, 1979, p. 1)

oxigênio inalatório e evolui com desconforto respiratório sendo logo encaminhado para internação na UTI neonatal. Na unidade de neonatologia recebeu tratamento para infecção neonatal, icterícia, anemia, sopro sistólico, apnéia neonatal, acompanhamento de hemorragia intracraniana grau I à direita e hemangioma na região abdominal. Em seu tratamento necessitou de auxílio ventilatório por pressão positiva contínua (CPAP nasal) durante três dias e após ficou mais três dias em catéter nasal de oxigênio. Ficou recebendo hidratação endovenosa por três dias e antibioticoterapia por dez dias. Uma infusão de hemoderivado concentrado de hemáceas. Sob fototerapia permaneceu cinco dias. Recebeu nutrição parenteral durante sete dias. A oferta de leite materno ordenhado, por sonda oral gástrica, foi iniciada no seu terceiro dia de vida tendo sido substituído o leite materno por fórmula (aptamil pré) devido baixa na produção materna. No entanto a mãe foi continuamente estimulada para manter ordenha mesmo com baixo volume extraído. Seu peso mínimo na internação foi de 850g com quatro dias de vida. No sétimo dia de vida foi realizada a primeira ultrassonografia de crânio sendo diagnosticado hemorragia grau I e, dez dias após em uma segunda ultrassonografia a alteração já havia diminuído estando com caracteres sugestivos de prematuridade.

Durante a internação foi submetido ao teste do pezinho e recebeu vacina para hepatite B (1ª e 2ª dose). Na avaliação oftalmológica no HU houve dificuldade na realização do exame sendo então encaminhado para uma segunda avaliação no Hospital Infantil Joana de Gusmão tendo diagnóstico de retina imatura com necessidade de reavaliação em quinze dias. A avaliação auditiva não apresentou alterações. Permaneceu internado 46 dias. Ingressou na terceira etapa do Método Mãe-Canguru dia 04 de novembro de 2006 com idade corrigida de 35 semanas e 2 dias, peso de 1.770g e 40,5 cm de estatura, aleitamento mantido em livre demanda e oferta de complemento via oral conforme aceitação, prescrito fórmula (NAN I). Seu primeiro retorno (consulta) na terceira etapa ficou agendado para dia 08 de novembro de 2006.

MC4, 39 anos, escolaridade nível superior (administração), profissão do lar e auxilia na parte administrativa da microempresa do marido, anexa às dependências de sua moradia, católica. Natural de Florianópolis, Santa Catarina. Reside no sul da ilha de Florianópolis. Casada há 22 anos, tem três filhas, uma de 18 anos, uma de 14 anos e a menor de 1 ano e 4 meses. A gravidez de BC4 não foi

planejada. Fazia uso de anticoncepcional injetável. Devido dores abdominais internou na Maternidade Carmela Dutra, diagnosticado gravidez e risco de parto prematuro, ficou internada por 7 dias. Após 2 dias da alta hospitalar foi à emergência do HU já em trabalho de parto. Saber da gravidez e em uma semana ter parto prematuro foi, para MC4, um “trauma” superado aos poucos com apoio da família.

PC4, 41 anos, escolaridade ensino médio, profissão microempresário do ramo de alimentos (distribuidora), católico. Natural de Florianópolis, Santa Catarina. Desenvolveu papel importante na 1ª etapa do Método Canguru, realizando as primeiras visitas, olhares, falas e toques ao seu bebê. Auxiliou MC4 a superar o medo de realizar a primeira visita na UTI neonatal bem como os primeiros contatos nos dias subseqüentes. Mora com MC4 e suas filhas em casa própria.

Bebê Canguru 1 (BC1) – Mãe Canguru 1 (MC1) e Pai Canguru 1 (PC1)

BC1, sexo feminino, nasceu dia 17 de dezembro de 2006, 36 semanas (idade gestacional/Capurro), com 1.410g e 39,5 cm de estatura. Parto cesária, gemelar (segunda), com apgar 8 no 1º minuto e 9 no 5º minuto. A primeira gemelar teve alta, pois nasceu com peso superior a 2.500g. Na sala de parto necessitou de oxigênio inalatório. Na unidade de neonatologia recebeu tratamento para hipoglicemia, icterícia, conjuntivite, acompanhamento de sopro sistólico/fisiológico. Em hidratação endovenosa permaneceu dois dias, passando para nutrição parenteral por mais cinco dias e após foi mantida a amamentação exclusiva. Sob fototerapia ficou cinco dias. Sua ultrassonografia de crânio e avaliação auditiva não apresentaram alterações. A avaliação oftalmológica foi agendada para início de fevereiro. Permaneceu internada 16 dias. Ingressou na terceira etapa do Método Mãe-Canguru dia 02 de janeiro de 2007 com idade corrigida de 39 semanas e 1 dias, peso de 1.785g e 42 cm de estatura, aleitamento mantido em livre demanda.

MC1, 27 anos, escolaridade nível médio, profissão doméstica (há cinco anos em mesma residência, no momento em licença maternidade), católica. Natural da cidade de Vargem, Santa Catarina. Reside no sul da ilha de Florianópolis. Casada há 11 anos, tem uma filha de 10 anos. A gravidez de BC1 foi planejada. Ficou sabendo da gemelaridade aos cinco meses de gestação e o casal foi preparado para o risco de parto prematuro. Após o parto sua irmã veio de Campos Novos e permaneceu auxiliando-a durante 4 meses.

PC1, 30 anos, escolaridade nível fundamental, na atual temporada de verão mantém um restaurante (alugado), sua outra opção profissional é a de atendente de lanchonete. Com uma carga horária de trabalho exaustiva, somando mais ou menos 16h/dia. Religião católica. Nasceu em Campos Novos, Santa Catarina, e reside em Florianópolis há 15 anos. Tem uma irmã que reside em Florianópolis a qual auxiliou o casal, por exemplo, com transporte, pois tem carro próprio. Mora com MC1 e filhas em casa própria.

Bebê Canguru 2 (BC2) – Mãe Canguru 2 (MC2) e Pai Canguru 2 (PC2)

BC2, sexo feminino, nasceu dia 22 de novembro de 2006, 30 semanas (idade gestacional/Ballard), com 1.040g e 36 cm de estatura. Parto cesária, com apgar 6 no 1º minuto e 8 no 5º minuto. Na sala de parto necessitou de oxigênio inalatório. Na unidade de neonatologia recebeu tratamento para infecção perinatal, anemia, icterícia, acompanhamento de hemorragia intracraniana grau III, foram realizados quatro exames de ultrassonografia de crânio acompanhando a redução da hemorragia. Recebeu hidratação endovenosa por um dia, nutrição parenteral por oito dias e antibioticoterapia por catorze dias. Em fototerapia ficou cinco dias e necessitou de uma infusão de hemoderivado concentrado de hemáceas. A oferta de leite materno ordenhado, via sonda oral gástrica, foi iniciada no segundo dia de vida. O aumento do volume enteral foi gradual sendo ofertado via oral por sucção nutritiva após o peito, aos trinta e um dias de vida. A sonda gástrica foi suspensa somente com 35 semanas. Sua avaliação auditiva também foi realizada e não apresentou alterações. A avaliação oftalmológica foi agendada para janeiro de 2007. Permaneceu internada 43 dias. Ingressou na terceira etapa Método Mãe-Canguru dia 04 de janeiro de 2007 com idade corrigida de 36 semanas e 1 dia, peso de 1.840g e 39 cm de estatura, aleitamento mantido em livre demanda. Seu primeiro retorno (consulta) na terceira etapa ficou agendado para dia 09 de janeiro de 2007.

MC2, 35 anos, escolaridade nível médio, profissão do lar, agenda dedetizações da empresa de seu marido via telefone residencial, católica. Natural da cidade de Florianópolis, Santa Catarina. Tem uma filha de 6 anos de idade. Durante a internação de BC2 dividiu seu tempo entre os afazeres domésticos, da agenda de dedetização, sua filha de seis anos e BC2 com quem permaneceu em

tempo maior na 2ª etapa do Método Canguru e somente no período vespertino quando amamentava e ordenhava leite materno.

PC2, 38 anos, escolaridade nível médio, dedetizador, católico. Nasceu em São Paulo, São Paulo. Tem 3 filhos de relacionamento anterior, uma filha de 18 anos, um filho de 11 anos e um de 9 anos. Moram com a mãe em São Paulo e não mantêm bom relacionamento com MC2. A filha de 6 anos do casal, “está muito ciumenta do pai”, segundo a mãe. Durante internação de BC2 o pai manteve-se presente em visitas rápidas devido seus compromissos profissionais e mostrou-se ansioso para alta em 3ª etapa Método Canguru. Reside com sua família em casa própria no norte da ilha de Florianópolis.

Bebê Canguru 8 (BC8) – Mãe Canguru 8 MC8) e Pai Canguru 8 (PC8)

BC8, sexo feminino, nasceu dia 31 de dezembro de 2006, 32 semanas (idade gestacional/capurro), com 1.790g e 42,5 cm de estatura. Parto cesária, com apgar 9 no 1º minuto e 9 no 5º minuto. Nasceu na Maternidade Carlos Corrêa, Florianópolis. Sua internação na unidade de neonatologia do Hospital Universitário aconteceu dia 03 de janeiro de 2007 e foi devido à necessidade de tratamento de fototerapia para icterícia neonatal, os pais não tinham condições financeiras para manter internação particular. Assim internou recebendo tratamento para risco de infecção (bolsa rota de 4 dias), apnéia da prematuridade e icterícia. Recebeu tratamento de antibioticoterapia por três dias, foi suspenso após avaliação de exames laboratoriais realizados como hemograma e hemocultura. Sob fototerapia ficou por quatro dias. Sua alimentação foi amamentação exclusiva, na ausência materna recebeu leite materno ordenhado ofertado por sucção nutritiva. Permaneceu internada 8 dias. Ingressou na terceira etapa do Método Mãe-Canguru dia 11 de janeiro de 2007 com idade corrigida de 34 semanas e 1 dias, peso de 1.840g e 42,5 cm de estatura, aleitamento mantido em livre demanda. Seu primeiro retorno (consulta) na terceira etapa ficou agendado para dia 16 de janeiro de 2007.

MC8, 24 anos, escolaridade nível médio, profissão do lar, católica. Natural da cidade de Florianópolis, Santa Catarina. Casada há 2 anos. Assim que recebeu alta da Maternidade Carlos Corrêa permaneceu durante o dia nas acomodações do hotelzinho do HU/UFSC para poder amamentar BC8, ordenhou leite materno (CIAM) que era ofertado nos horários de dieta noturna após às 23:00h. Nos

retornos em 3ª etapa relatou ter preferido permanecer na casa da sogra, mais próxima ao HU, tendo assim a sua ajuda nos cuidados ao bebê.

PC8, 25 anos, escolaridade nível médio, técnico em refrigeração, católico. Acompanhou seu bebê na transferência de uma Maternidade para outra. Permaneceu junto à MC8, todos os dias da internação de BC8 no HU/UFSC, no horário noturno até última mamada da noite. Durante o dia permaneceu trabalhando. Na terceira etapa acompanhou todas as consultas ativamente, participando e vivenciando o nascimento de sua primeira filha. Reside com MC8 em apto alugado na cidade de São José, Santa Catarina.

Bebê Canguru 5 (BC5) – Mãe Canguru 5 (MC5) e Pai Canguru 5 (PC5)

BC5, sexo masculino, nasceu dia 21 de dezembro de 2006, 30 semanas (idade gestacional/Ballard), com 1.310g e 36,8 cm de estatura. Parto cesária, gemelar, com apgar 9 no 1º minuto e 9 no 5º minuto. O parto cesária foi indicado por óbito fetal do primeiro gemelar. Na unidade de neonatologia recebeu tratamento para icterícia, anemia neonatal, sepse, abscesso no antebraço direito e sopro sistólico a esclarecer (provável estenose pulmonar periférica funcional). Recebeu hidratação endovenosa por três dias, antibioticoterapia por catorze dias, duas infusões de hemoderivado concentrado de hemáceas, e, em fototerapia ficou seis dias. Recebeu nutrição parenteral durante seis dias, e dieta enteral iniciada no segundo dia de vida, via sonda oral gástrica. A transição para peito e oferta via oral por sucção nutritiva ocorreu no 26º dia de vida. Nos exames complementares realizou ultrassonografia de crânio tendo diagnóstico de alterações próprias da prematuridade, avaliação auditiva e oftalmológica sem alterações. Atingiu seu peso mínimo aos cinco dias de vida com 1.060g. Permaneceu internado 36 dias. Ingressou na terceira etapa do Método Mãe-Canguru dia 26 de janeiro de 2007 com idade corrigida de 35 semanas e 1 dia, peso de 1.750g e 40 cm de estatura, aleitamento mantido e complemento de LMO (15ml) após peito. Seu primeiro retorno (consulta) na terceira etapa ficou agendado para dia 30 de janeiro de 2007.

MC5, 20 anos, escolaridade nível fundamental, profissão do lar, católica. Natural da cidade de Florianópolis, Santa Catarina. Mora com sua mãe, seu irmão e cunhada e uma sobrinha de um ano de idade. Engravidou durante namoro, não teve paternidade assumida. Sua mãe foi sua grande amiga e companheira de internação. A avó materna (Avó Canguru) foi inserida na primeira etapa Método

Canguru, realizou papel de acompanhante e foi ativa nos cuidados em todas as etapas do Método Mãe-Canguru. A família reside em casa alugada nas proximidades do HU.

PC5, 19 anos, escolaridade nível fundamental, desempregado. Não assumiu paternidade enquanto gestação e internação de BC5. Somente buscou aproximação para conhecer seu filho enquanto BC5 estava na terceira etapa do Método Mãe-Canguru.

5.1.1 Apresentando o Processo de Cuidar com o Bebê Canguru 7 (BC7)

Os pais, ao saberem que o número sete (7) identificaria seu bebê, por ser a somado nome escolhido por eles para a sua filha e a sua data de nascimento, demonstraram interesse em conhecer a sua vibração numerológica que segundo Carvalho e Fikss (2006) é para atividades mentais e espirituais, grande capacidade de raciocínio, percepção e compreensão. Pessoa de atitudes abnegadas e tolerantes.

1º contato: tornando-me próxima

Conheci BC7, pai e mãe, no dia 02 de novembro de 2006 quando retornava de minhas férias enquanto enfermeira assistencial (noturno) da Unidade de Neonatologia. Nossa aproximação foi tranquila principalmente porque os pais estavam felizes com a possibilidade de ingressarem na terceira etapa do Método Mãe-Canguru. A avaliação médica do dia e o peso de BC7 indicavam sua desospitalização para dia 04 de novembro. Aproveitei a oportunidade e informei os pais sobre meu estudo, apresentei a proposta da prática assistencial com a qual concordaram prontamente em participar. Neste momento já disponibilizei meu telefone para contato caso sentissem necessidade de apoio até o primeiro retorno em terceira etapa.

Nossa interação foi reforçada em mais um plantão noturno do dia 04 de novembro quando encontrei MC7 e PC7 tristes e preocupados com intercorrência da hipoatividade e sonolência de seu bebê, que após coleta de sangue para um hemograma e da avaliação deste recebeu infusão de hemoderivado concentrado de

hemácias. Este fato adiou seu ingresso na terceira etapa, reprogramado para dia 06 de novembro.

Em observações de rotina verifiquei que MC7 passava os dias usufruindo das dependências do hotelzinho da maternidade do HU, amamentando em todos os horários de mamadas, ofertando leite via oral por sucção nutritiva e ordenando leite materno para disponibilizar volume para os horários de dieta noturna, também estava inserida nos cuidados de higiene e conforto ao seu bebê. Permanecia até a mamada das 20:00h, horário em que o pai estava presente pois este vinha ver seu bebê e conduzir sua companheira para dormir em casa, trazendo-a de volta ao HU às 06:30h.

Foi durante nossa aproximação que o casal relatou-me espontaneamente um pouco sobre a internação de MC7 no HU. A mãe referiu-se à sua permanência no centro obstétrico como uma vivência muito desagradável “[...] *o obstetra simplesmente me disse: seu bebê tem poucas chances de sobreviver. Isso me abalou demais...sou sofredora da síndrome do pânico, exagerada em tudo...tenho certeza, enfermeira, que muitos da Neo vão jogar sal grosso atrás de mim quando eu for embora...*”. Assim conheci MC7, falante, sempre questionando se o que fazia estava adequado, telefonando seguidamente quando ia para casa durante a noite, para saber se seu bebê estava bem. PC7 também rancoroso com a intercorrência no pré-parto exposta pela esposa, mencionou sobre seus primeiros momentos na Neonatologia: “[...] *nós filmamos tudo na UTI e temos gravado um médico dizendo que nossa filha estava com risco de morrer, com infecção...e nós ainda com aquelas palavras do outro médico (referindo-se ao obstetra) na cabeça, foi horrível pra mim..prá mãe então, você imagina. Ela não queria sair daqui de dentro.....agora tá tudo bem.*”

2º contato: ouvindo e acolhendo

O ingresso de BC7 na terceira etapa do Método Mãe-Canguru ocorreu dia seis de novembro no turno da manhã. No dia 07 de novembro, terça-feira, às 13:00h recebo telefonema de MC7 buscando orientação para sonolência de BC7, referiu ter de despertá-lo em alguns horários para mamar de 3/3h. Deu complemento antes do peito e assim seu bebê não aceitou mamar. Falou que seu bebê queria mamar antes do intervalo de 3/3hs. Assim ofertava o peito a qualquer despertar do bebê “*quando resmunga ou chora um pouquinho eu dou peito e ela*

mama uns minutos e dorme de novo...” (MC7) Sua preocupação era para que BC7 não sentisse fome e como aceitava complemento mesmo sonolento priorizou a oferta via oral de 3/3h, não conseguindo um bom tempo de mamada ao peito. Também questionou quanto à temperatura adequada, pois estava mantendo BC7 bem enrolado, estava com temperatura axilar de 37.1°C. MC7 confirmou saber realizar leitura em termômetro de mercúrio. Ao ser questionada confirmou estar realizando posição canguru várias vezes por dia.

Através das orientações que dei, busquei tranquilizar a mãe tentando resgatar as competências que adquiriu durante a segunda etapa do Método Mãe-Canguru, relembramos durante o diálogo a importância do manejo adequado para que o bebê fosse amamentado de 3/3h para um bom ganho ponderal e que a mudança de ambiente poderia despertar no bebê um estado de vigília maior, tempo ideal para que fosse realizada a posição canguru quando seu bebê estivesse inquieto ou choroso. E, se no horário da mamada o bebê estivesse sonolento que buscasse despertá-lo com toques de estímulo, conversando ou trocando fralda. Relembramos a temperatura corporal ideal (Tax 36.5°C) e que evitar o excesso de roupas ou cobertores contribuiria para manter BC7 confortável.

No dia 08 de novembro, quarta-feira, 21:30h, durante meu plantão noturno percebi a ligação para a médica de plantão e após em diálogo com a mesma tive conhecimento que MC7 telefonou para novamente tirar dúvidas quanto o amamentar pois BC7 queria peito antes do intervalo 3/3h. As orientações da médica foram iguais às minhas no dia anterior, ou seja, o bebê pré-termo e/ou de baixo peso necessita ser estimulado para mamar de 3/3h, e, somente após o peito ofertar complemento via oral.

3º contato: voltando ao Hospital

Primeiro retorno na terceira etapa do Método Mãe-Canguru

Conforme agenda, MC7 compareceu com seu bebê no dia 10 de novembro no período vespertino para o retorno na terceira etapa do MMC. Passavam alguns minutos das 14:00h quando chegaram à Unidade de Neonatologia e percebi transparente alegria materna em cada aproximação dos profissionais presentes no turno, bem como de outras mães que estavam com seus bebês internados. Sorridente MC7 me cumprimentou e logo agradeceu pelas orientações dadas quando me telefonou. Reforcei que estávamos dentro da proposta da prática

assistencial. Perguntei pelo pai de BC7 e ela me respondeu que este havia ficado no carro com seu neto de cinco meses que estava adoentado, com febre. Neste momento fiquei sabendo que MC7 tinha filha adolescente (16 anos) com um filho de 5 meses sob sua responsabilidade e de seu atual marido que não é o pai de sua filha adolescente.

Conduzi mãe e bebê para sala de cuidados mínimos onde foi realizada a consulta médica. Permaneci na sala acompanhando a avaliação médica. A médica despiu o bebê sob olhar atento da mãe. Colocou BC7 na balança, estava com peso de 2.045g. Nas aferições de comprimento obtiveram os seguintes valores: 43 cm e perímetro cefálico (PC) de 31 cm. Segundo a médica, na sua avaliação clínica com ausculta pulmonar e cardíaca, BC7 não tinha alterações. Mamando bem e com ganho ponderal diário de 29g o bebê recebeu alta da terceira etapa, com 26 dias de vida, sendo encaminhado para consultas de acompanhamento pelo ambulatório de pediatria do HU.

Durante a realização da consulta médica PC7 chegou ofegante e ansioso para saber do peso do dia de seu bebê. A mãe lhe informou que já estavam de alta da terceira etapa pelo bom ganho peso. Comenta o pai, com alegria, *“agora podemos planejar nossas viagens mãe!”*.

Terminada a consulta médica, realizei consulta de enfermagem e observei que, como as consultas dos bebês em terceira etapa são realizadas na sala de cuidados mínimos da Neonatologia, ocorrem várias interferências como entrada e saída de funcionários e pais com bebês ali internados o que dispersa atenção dos pais que precisaram ser reintroduzidos para continuarem dialogando. Assim, para uma melhor avaliação, concordamos em nos dirigir para outro ambiente do setor. Optei pela sala de reuniões, disponível naquele momento.

Num primeiro momento verifiquei a temperatura axilar de BC7 para ver se a mãe realizava leitura adequada. Observei que estava corado, hidratado, mucosas e pele íntegra. MC7 me informou que adquiriu um termômetro digital para ficar mais tranquila e por ser mais prático. BC7 estava com 36.6°C e os pais sem dúvidas em relação a este cuidado. Percebi adaptação positiva.

Conversamos sobre as eliminações e MC7 respondeu que a diurese e as evacuações estavam presentes e que as considerava normais.

Procurei verificar se os pais estavam administrando os medicamentos prescritos no ingresso na terceira etapa. MC7 falou que não encontraram aderogil

disponível no comércio farmacêutico de Florianópolis. Orientei sobre a possibilidade de substituir o medicamento. Solicitei nova prescrição médica para substituição, sendo prescrito, pelo médico que havia avaliado BC7, o medicamento Ad-til e reorientado uso diário.

Descrevo a seguir a coleta de dados seguindo a sistematização sugerida para os retornos em terceira etapa do Método Mãe-Canguru pelo Ministério da Saúde segundo Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru (BRASIL, 2002). Busquei através desta direcionar o processo de cuidar primeiramente ouvindo, depois construindo metas e por fim criando e articulando planos a serem implementados.

*** Como foi o primeiro dia de vocês?**

MC7 respondeu que *“leve para casa com medo, mas feliz da vida”...*

...“tinha medo de não saber cuidar e ainda preciso perguntar se estou fazendo certo..”

PC7 falou que *“temos muito que agradecer a todos aqui da Neo, mas foi um alívio sair do hospital”...* *“ainda tenho que esquecer os médicos falando que minha filha poderia morrer”...*

MC7 fala *“coloco o celular para despertar de 3/3h para dar o leite, mas na primeira noite acordei com qualquer resmungo dela.”...* *“durante o dia tenho que olhar minha filha toda hora”.*

*** Que dúvidas vocês necessitam esclarecer?**

MC7 – *“estou amamentando de 30 a 35 minutos mas ela quer mamar antes do intervalo de 3 horas, não quero que perca peso. E o complemento ela aceita sempre de 15 a 20 ml após seio, continuo oferecendo?”*

Perguntei então qual intervalo mínimo que o seu bebê faz entre as mamadas e como oferta o complemento.

MC7 respondeu que o intervalo está sendo de hora e meia a duas horas no máximo. Então refere achar que sua produção é pouca.

PC7 neste momento retirou da bolsa do bebê uma chucha e questiona *“este bico de silicone é o melhor?”*

Observei não ser bico ortodôntico recomendado pelas fonoaudiólogas do nosso hospital. Questionei a oferta de complemento por sucção nutritiva como era

realizada na segunda etapa e se no ingresso na terceira etapa receberam seringas e luvas para o procedimento.

MC7 respondeu que logo usou chucha e que não recebeu material para levar para casa.

PC7 fala que *“acho a chucha mais limpa que aquela seringa e luva e muito mais prática”*.

MC7 fala *“às vezes uso chupeta pra ela dormir, não faz mal, né?”*.

*** E o aleitamento, como está?**

Como o processo de amamentação já foi exposto pelas preocupações maternas aflorando sua insegurança na hora de alimentar BC7 procurei reavaliar, com o casal, a importância do aleitamento.

Neste momento reorientei alimentação e ingesta hídrica para que a mãe mantenha a produção de leite materno, para que ofereça complemento após peito no volume que BC7 aceitar; atentar para que o peito não seja “usado” para “chupetar”. Não estimei chupeta e chucha, mas respeitei opções dos pais; estimei para lembrarem toque adequado e manejos para acalmar inquietudes do bebê (observar iluminação adequada e ruídos no ambiente; respeitar estado de alerta do bebê deixando interagir com o ambiente em que está sendo inserido).

MC7 comentou *“quero manter o mamar e vou dar o complemento nem que seja empurrando”*.

Aproveitei o momento oportuno para lembrar risco de regurgitação e desconforto para o bebê caso não queira aceitar todo complemento. Reforcei a importância de mais tranquilidade no amamentar e que com o tempo o bebê fará o seu horário para mamar.

*** Como está o manejo canguru domiciliar?**

MC7 respondeu prontamente que *“faço direto e quero continuar acho muito bom”...“o pai também faz!”*.

PC7 comentou *“fico ansioso no canguru, meu peito tem muito pelo e acho que ela pode se afogar, achar ruim...já fiz até 45 minutos”...“o que senti foi que passo para ela...confiança é meu pai!”*.

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO FISIOLÓGICO

INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Amamentação mantida.	BC7 com dificuldade em sugar peito de 3/3h pela oferta irregular realizada pela mãe, intercalando com oferta de complemento via oral com chucha.	Dificuldade em estabelecer a amamentação exclusiva efetiva.	Dialogar com os pais sobre o processo de amamentação reforçando que amamentar de 3/3h é importante para bom ganho de peso de um bebê pré-termo e/ou de baixo peso, que ofertar complemento antes do peito, se bebê sonolento, irá reduzir seu estímulo para sugar peito, que ofertar complemento por sucção nutritiva favorece ao bebê exercitar seu poder de sucção, respiração e deglutição contribuindo para manutenção do aleitamento materno. Orientar os pais sobre o bico ortodôntico mais adequado para ser usado em chucha caso esta continue sendo sua opção ao ofertar o complemento via oral. Orientar que o objetivo é que o RN aos poucos diminua a necessidade de complementação e passe para amamentação exclusiva.
	BC7 não recebe medicação prescrita (médica) pela falta desta no mercado.	A falta de oferta da vitamina prescrita pode ser corrigida (substituição do medicamento preciação médica).	Orientar os pais sobre a importância da oferta vitamínica (vitaminas A e D) para seu bebê pois a mesma desempenha papel essencial na função retiniana, no crescimento ósseo, na função testicular e ovariana, regulando a absorção do cálcio e fosfato. A falta do medicamento prescrito no mercado de Florianópolis pode ser corrigida pela substituição da prescrição médica e assim iniciar o seu uso. Encaminhar a situação ao médico e disponibilizar aos pais a nova prescrição médica.
BC7 com ganho ponderal diário de 29g.		Padrão adequado de ganho ponderal.	Mostrar aos pais que o ganho ponderal diário é satisfatório
Sono e repouso (BC7) dentro da normalidade.		Bom padrão atividade e descanso.	Estimular o contato pele-a-pele nos momentos que BC7 estiver alerta para poder manejar inquietudes evitando o aleitamento fora de horário adequado.
Eliminações fisiológicas (BC7), presentes.		Padrão estável de eliminação intestinal e débito urinário.	Reforçar que as eliminações estão dentro da normalidade de débitos e caracteres para a idade cronológica de seu bebê.
BC7 com integridade cutânea e de mucosas; boa regulação térmica.		Bom padrão proteção e regulação efetiva da temperatura.	Estimular os pais para manterem os cuidados de higiene para com seu bebê o que tem lhe proporcionado integridade física.

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO AUTOCONCEITO

INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Pai e mãe juntos no retorno em terceira etapa do Método Mãe-Canguru, demonstrando interação com BC7.		Participação conjunta dos pais favorece interação da tríade.	Estimular interação da tríade.
	Insegurança materna quanto à sua produção leite materno (assegurar ganho de peso de BC7).	Insegurança materna pode estar relacionada com intercorrências do parto prematuro e suas crenças de si mesma.	Mostrar para mãe que a manutenção de sua produção de leite materno está contribuindo para ganho ponderal de seu bebê. Dialogar sobre as superações positivas frente a todas as intercorrências desta gestação, uma delas a alta precoce de seu bebê e sua participação na terceira etapa.
	Imagem corporal do pai (tórax com pelos abundantes) lhe causa desconforto para realizar posição canguru.	Sentimento de desconforto paterno pode não ocorrer para o bebê.	Dialogar com o pai que suas características físicas não impedem de realizar a posição canguru, pois o bebê irá demonstrar desconforto caso ele ocorra, mostrando-se inquieto ou até choroso durante o contato pele-a-pele.

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO DA FUNÇÃO DE PAPEL

INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Pai e mãe realizam contato pele-a-pele.		Posição canguru incorporada no cuidado ao bebê, favorecendo o vínculo RN e pais.	Incentivar a realização da posição canguru sempre que confortável ao binômio que o realiza.
	Não realizada oferta de complemento por sucção nutritiva.	Risco de descontinuidade do aleitamento materno.	Promover oferta de complemento por sucção nutritiva após o aleitamento materno.
	Uso de chupeta para acalmar o bebê.	Crença cultural de que chupeta acalma bebê.	Dialogar sobre o manejo adequado ao recém nascido pré-termo e/ou de baixo peso, buscando promover ambiente tranquilo, toque adequado e posição canguru. O uso de chupeta ou bicos artificiais pode atrapalhar a amamentação. As alterações na arcada dentária, na postura de língua e na respiração pelo constante uso da chupeta são comuns. O bebê tem necessidade de sucção, porém o sugar do seio é suficiente para sanar esta necessidade, tornando o uso da chupeta desnecessário.

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO DE INTERDEPENDÊNCIA

INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Pai e mãe demonstram afetividade entre si e com seu bebê.		Afeto presente entre a tríade.	Promover vínculo afetivo.
	Inquietudes e choro de BC7 podem ser sinais de busca da proximidade materna.	BC7 pode estar “buscando” colo, sentir presença materna pelo toque, cheiro ou fala.	Dialogar com os pais sobre as formas de dar e receber carinho procurando promover segurança afetiva da tríade.

4º contato: mantendo contato

BC7 foi encaminhado ao ambulatório de pediatria após atingir peso acima de 2.000g (rotina adotada no HU/UFSC). Assim retornou somente uma vez para consulta em terceira etapa do Método Mãe-Canguru.

No dia 14 de novembro de 2006, quatro dias após alta da terceira etapa, às 10:00h MC7 me telefonou para compartilhar que conseguiu administrar bem o complemento depois de amamentar, e, que conseguiu acalmar BC7 realizando posição canguru. Procurou orientação sobre sua ida ou não ao Posto de Saúde, pois estão cadastrados no PSF (Programa de Saúde da Família). Motivei a mãe a levar seu bebê ao Posto de Saúde.

Dia 17 de novembro de 2006 às 15:00h MC7 telefonou para contar que foi ao Posto de Saúde, e que BC7 ganhou 20g/dia. Perguntou-me se o ganho estava adequado, ao que respondi afirmativamente. Ao conversarmos sobre a amamentação MC7 comentou *“não vou lhe mentir não ela já não mama, meu leite tá quase nada...estou dando 50ml de NAN, conforme orientação nutricionista do Posto de Saúde mas ela disse que eu podia dar até 80ml, eu achei muito. Quanto devo dar?”*. Procurei estimular o aleitamento mesmo que tenha sentido baixa na sua produção de leite e orientei para não forçar ingesta de complemento. Também solicitei que procurasse confirmar o volume adequado de NAN a ser ofertado ao seu bebê na consulta médica no ambulatório de pediatria.

No dia 19 de novembro de 2006 às 13:00h MC7 me telefonou demonstrando muita preocupação com choro freqüente de seu bebê, *“ela se retorce” “acho que está com cólica”... “as fezes estão esverdeadas” “acho que o NAN está trancando o intestino” “posso dar tylenol?”*.

Busquei acalmar a mãe reorientando a massagem em abdômen do bebê, no sentido horário, calor local, estímulo com cotonete embebido em óleo na região anal, não necessariamente introduzir o cotonete, associar exercício de flexão dos membros inferiores sobre abdômen. Lembrei a mãe que estes cuidados já eram realizados enquanto BC7 estava internado. E, quanto ao uso do medicamento, reforcei para que seguisse prescrição médica.

MC7 telefonou-me às 09:00h do dia 20 de novembro de 2006. Estava ansiosa devido chuva intensa o que dificultaria seu retorno marcado para às 13:00h no ambulatório de pediatria do HU/UFSC. Falou que teria que ir de ônibus e não queria sair de casa com seu bebê. Orientei-a para entrar em contato com médico de plantão na Neonatologia para agendar novo retorno. Aproveitei para saber se BC7 melhorou com os cuidados orientados no dia anterior e MC7 confirmou que sim, mas demonstrou preocupação com fezes ressecadas.

MC7 ligou novamente dia 28 de novembro de 2006, 19:00h, para dar notícias. Recebeu alta do acompanhamento em ambulatório da pediatria do HU/UFSC, pois seu bebê ultrapassou 2.500g. Neste dia, com 36 semanas BC7 estava pesando 2.580g. A mãe também comentou que seu bebê havia recebido vacina (BCG) no Posto Saúde, e, referiu produção baixa de leite materno, mas que ainda amamentava, depois de nosso último contato tomou chás e plasil (comprimidos, como tomou no HU) para manter sua produção de leite, a oferta de complemento estava em torno de 70ml por meio de chucha. A mãe falou que a partir deste dia o acompanhamento pediátrico seria pelo seu plano de saúde privado.

Dia 01 de dezembro de 2006, 12:38h recebi telefonema de MC7 visivelmente em estado de euforia por poder realizar sua primeira viagem com seu companheiro e seu bebê, iriam para Lages e ela queria tirar dúvidas sobre uso do bebê conforto para BC7 durante viagem. Comentou satisfação em participar da prática assistencial e poder manter comunicação mesmo depois da alta da terceira etapa do Método Mãe-Canguru. Reforcei que sua participação, seus contatos e suas contribuições foram extremamente importantes para o alcance do objetivo de minha pesquisa e com certeza contribuíram para melhoria da qualidade da assistência.

5.1.2 Apresentando o Processo de Cuidar com Bebê Canguru 4 (BC4)

Este bebê chegou literalmente de surpresa na vida destes pais, pois a mãe seguindo sua contracepção habitual acreditava estar afastada a possibilidade de gravidez. Como o diagnóstico da gravidez e o parto ocorreram em um período de uma semana o casal estava procurando organizar suas emoções e expectativas. O pai foi o acompanhante na internação de BC4 na Unidade de Neonatologia e foi inserido no contexto segundo os passos do Método Mãe-Canguru. Com uma internação prolongada somente conversei com os pais sobre a possibilidade de participarem da minha prática assistencial com objetivo de pesquisa na terceira etapa do MMC quando estavam na segunda etapa do método. Assim, quando a terceira etapa lhes foi colocada como viável para seu bebê conversamos sobre a pesquisa e seu consentimento ocorreu de forma natural.

Os pais de BC4 mostraram-se ouvintes atentos quando lhes coloquei a caracterização da vibração numerológica de seu bebê, principalmente por já terem três filhas do sexo feminino e agora um menino sem gravidez planejada. Segundo Carvalho e Fikss (2006) o número quatro sinaliza para a determinação, disciplina, organização. A pessoa sob influência deste número é racional e responsável em suas atitudes, franco e leal. Poderá ter como meta supervisionar e dirigir negócios.

BC4, pai e mãe, deixaram a Unidade Neonatal dia 04 de novembro de 2006 ingressando assim na terceira etapa do Método Mãe-Canguru.

Primeiro retorno na terceira etapa do Método Mãe-Canguru

Este retorno aconteceu dia 08 de novembro de 2006, no período vespertino após às 14:00h. MC4 chegou à Unidade de Neonatologia com BC4 em estado de alerta. Alegre, a mãe mostrou aos funcionários presentes o seu bebê e conversou com algumas mães que naquele momento estavam no setor. Também perguntou sobre alguns funcionários da enfermagem ausentes por não ser seu dia de plantão, manifestou carinho pela dedicação recebida enquanto seu bebê estava internado.

Conduzi a mãe e seu bebê para a sala de cuidados mínimos para que pudessemos iniciar a consulta. Primeiramente foi realizada a consulta médica, que neste dia foi feita por duas médicas, residentes na Neonatologia. A médica do staff clínico acompanhou a avaliação posteriormente.

Fiquei observando a consulta médica enquanto as duas médicas residentes ajudavam-se mutuamente contando com o auxílio da mãe para despir o bebê. Procederam com o exame clínico e medidas antropométricas. BC4 foi pesado e estava com 1.890g, havia ganho 30g por dia, um total de 120g desde seu ingresso na terceira etapa do MMC. Sua medida de comprimento foi de 42 cm e seu perímetro cefálico (PC) foi de 31 cm. Sua idade corrigida era de 50 dias. Ausculta cardíaca e pulmonar foi realizada e BC4 estava clinicamente estável, corado, hidratado, com mucosas e pele íntegra.

Estas aferições foram registradas na carteira de saúde de BC4. Enquanto uma das médicas residentes efetuava os registros a outra conversou com MC4 sobre o aleitamento materno. No entanto, MC4 estava ansiosa para conversar e tirar dúvidas sobre o teste do pezinho, pois referiu ter recebido um telefonema do laboratório central (LACEN) dizendo que BC4 precisava coletar a quarta amostra com urgência. Uma das médicas residentes saiu da sala e solicitou a presença da médica (*staff*) que estava de plantão na Unidade para dialogar com MC4.

Neste momento BC4 já estava vestido e aconchegado no colo materno. Com manifestação de busca ao peito a mãe acomodou-se e amamentou seu bebê.

Calmamente a médica cumprimentou a mãe e a parabenizou pelo bom ganho ponderal e crescimento de seu bebê. Demonstrou também sua satisfação em vê-la amamentando. MC4 agradeceu e imediatamente falou sobre um telefonema que recebeu do LACEN para que BC4 coletasse 4ª amostra do teste do pezinho. Preocupada queria saber dos riscos de futuras alterações que poderiam afetar seu bebê. Percebeu que a equipe já sabia da necessidade da nova coleta, pois o LACEN entrou em contato com a equipe da Unidade Neonatal para alertar e pedir o telefone da mãe.

A médica lhe esclareceu que é um controle preventivo sob responsabilidade do LACEN, podendo ocorrer perda de sódio e conseqüente desidratação e que o principal cuidado é acompanhar ganho de peso e sinais como coloração e débito da diurese, hipoatividade e sonolência. MC4 comentou aliviada que nada disto observou em BC4, mas que a fala da atendente do LACEN sobre risco de morte por perda de sal a “*apavorou*”.

Depois deste diálogo, BC4 já havia mamado por dez minutos, solicitei à mãe se poderíamos iniciar com a consulta de enfermagem, com sua face mais tranqüila ela concordou. Permanecemos na mesma sala, de cuidados mínimos,

onde sempre são realizadas pesagem e medidas e, neste dia, não havia bebê internado nestes leitos.

MC4 comentou que o pai de BC4 queria estar acompanhando a consulta, porém enquanto vinham ao hospital foi requisitado pelo serviço tendo que se deslocar após deixá-los na entrada do HU. *“Nas terças ele não pode me trazer por causa do serviço, por isso viemos hoje e ele também está preocupado com o teste do pezinho”*, comentou a mãe. Percebendo sua ansiedade, reforcei orientações dadas pela médica e em seguida coletei a 4ª amostra para já encaminhar no próximo dia ao LACEN. Também me coloquei disponível para realizar contato com LACEN e explicar como são acompanhados nossos bebês que ingressam na terceira etapa do MMC, bem como comunicar da coleta já feita e solicitar resultado para sexta-feira, próximo retorno para consulta na Neonatologia.

A mãe não permaneceu na sala durante a coleta. Solicitei auxílio de uma colega, técnica de enfermagem, para realizarmos o procedimento com manejo da dor através da sucção não nutritiva sendo ofertado uma gota de glicose 25% ao bebê. Coleta feita, MC4 acomodou-se e ofereceu o peito e BC4 mamou com boa pega e sucção por mais dez minutos. Conversamos durante a mamada, conforme preferência materna.

*** Como foi o primeiro dia de vocês?**

MC4, mais descontraída, fala: *“nossa, aquele dia estava difícil para irmos embora pois tinha bebê grave na UTI e a médica não conseguia parar para dar alta, meu marido nem queria ir mais embora pois já estava anoitecendo e a chuva era intensa. Mas falei que iria proteger bem BC4 com cobertor e queria ir para casa. Saímos às 20:00h do sábado”*.

Referindo-se à sua casa, MC4 diz: *“sabe, tenho uma filha de 1 ano e 4 meses o berço dela está no nosso quarto então coloquei o berço do BC4 ao lado do outro berço mas não conseguia descansar, então dormi um pouco depois que coloquei ele ao meu lado na minha cama, primeira noite foi plantão!!”*...risos...

Solicitei que falasse um pouco do primeiro dia após esta noite. MC4 comentou que a alegria da família era imensa, tem mais duas filhas adolescentes. Que a filha menor observava perguntando *“é nenê mãe, é nenê?...”* e agiu carinhosamente com o novo integrante da família. Falou do banho o qual dava no final da manhã ou à tarde sem dificuldades e que estava cuidando sua alimentação

da qual excluiu refrigerantes, álcool, mantendo bastante verduras e legumes. Questionei eliminações de BC4 e a mãe confirmou bom débito e ausência de alterações.

*** Que dúvidas você necessita esclarecer?**

MC4 colocou que sua preocupação no momento eram essas as alterações do teste do pezinho, o que pode vir a acontecer com seu bebê. Falou: *“a moça que me ligou foi muito dura, não sei se acham que a gente não cuida do bebê.”*

Reforcei o lado preventivo deste teste e comentei que realmente muitos pais não controlam efetivamente, abandonando ou retardando exames, e que isto preocupa os profissionais que são responsáveis pelo controle, coletas e encaminhamentos para especialistas.

Perguntei se estava ofertando medicamentos prescritos no ingresso para a terceira etapa. MC4 diz que não encontrou aderogil no mercado farmacêutico e nem no Posto de Saúde e que iria procurar na farmácia SUS do HU. Solicitei então ao médico de plantão para substituir o medicamento. Foi prescrito, então, Ad-til. Reforcei para mãe expor BC4 a curtos banhos de sol observando horário adequado (antes das 10:00h e após 16:00h) para auxiliar na produção da vitamina A.

*** E o aleitamento, como está?**

Como BC4 mamou bem durante nosso diálogo questionei como estavam os horários em casa, sua produção e oferta do complemento.

MC4 fala: *“ele mama de 10 a 20 minutos às vezes dá intervalo de 30 minutos e mama mais 15 minutos. O complemento eu dou só duas vezes ao dia, às 11:00h e às 20:00h dou 40ml depois do seio”.*

Perguntei porque ofertava complemento somente em dois horários. MC4 respondeu *“no primeiro dia em casa ele só aceitou, no máximo, 15 ml depois do seio. Como ele mama bem e fica tranquilo dei complemento quando achei minha mama mais flácida, com menos leite, e continuei assim até hoje. Fiquei com medo dele regurgitar oferecendo muito leite”.*

Perguntei como ofertava o complemento. MC4 abriu a bolsa do bebê e retirou chucha com bico silicone, ortodôntico. Comentou: *“olha ele aceitou super bem esta chucha, quando estive aqui internada eu vi um bebê ganhando leite numa chucha com bico diferente então perguntei para o técnico de enfermagem que*

marca era e ele me disse que era o melhor bico para o bebê sugar e que este eu poderia usar em casa”. Questionei se na sua alta para terceira etapa o enfermeiro reforçou oferta do complemento por sucção nutritiva e se lhe foi disponibilizado seringas e luvas de procedimento. MC4 respondeu negativamente e reforçou “minha filha também tomou leite na chucha, só que não era este tipo de bico especial”.

*** Como está o manejo canguru domiciliar?**

MC4 responde sorrindo “toda família faz canguruzinho, o pai, as mana, principalmente a de 18 anos e eu”. Pergunto por quanto tempo BC4 fica na posição canguru. MC4 responde que “vai de 30 minutos a 1h30min”. MC4 reforça “eu e minha filha ficamos de soutien e colocamos ele pele-a-pele”.

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO FISIOLÓGICO

INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Amamentação mantida de 3/3h.		Bom processo de amamentação, mantendo BC4 satisfeito na maior parte dos horários de mamadas.	Dialogar com a mãe e incentivar a amamentação, promovendo o processo atual.
BC4 recebe complemento somente duas vezes por dia.	Mãe com dificuldade em manter produção leite materno para amamentação exclusiva.	Produção de leite materno em demanda com certa restrição.	Dialogar com a mãe e mostrar que o bom ganho ponderal de BC4 é, quase que na totalidade, de sua amamentação. Parabenizar atitude materna em ofertar complemento nos dois horários em que “sente” seus peitos com menor quantidade de leite.
	BC7 não recebe medicação prescrita (médica) pela falta desta no mercado.	A falta de oferta da vitamina prescrita pode ser corrigida (substituição do medicamento prescrição médica).	Orientar a mãe sobre a importância da oferta vitamínica (vitaminas A e D) para seu bebê pois a mesma desempenha papel essencial na função retiniana, no crescimento ósseo, na função testicular e ovariana, regulando a absorção do cálcio e fósforo. A falta do medicamento prescrito no mercado de Florianópolis pode ser corrigida pela substituição da prescrição médica e assim iniciar o seu uso. Encaminhar a situa-

			ção ao médico e disponibilizar a nova prescrição médica.
	Alterações no resultado do teste do pezinho de BC4 (valores elevados de 17 – hidroxiprogesterona (17-OHP)).	Aumento da 17-OHP pode estar relacionada com prematuridade e baixo peso.	Informar à mãe que o teste do pezinho é um rastreamento neonatal de rotina e que, no momento, somente está se investigando a suspeita de hiperplasia congênita de supra-renal devido três amostras com resultado aumentado de 17-OHP. Esclarecer que seu diagnóstico precoce é importante para evitar virilização da idade óssea e, alguns casos, severa crise de perda de sal. Mostrar para a mãe que seu bebê não apresenta sinais e sintomas clínicos para confirmar este diagnóstico.
BC4 com ganho ponderal diário de 30g.		Ganho ponderal adequado.	Mostrar que o ganho ponderal diário é satisfatório.
Sono e repouso (BC4) dentro da normalidade. Períodos de atividade e descanso equilibrados.		Bom padrão de atividade e descanso.	Promover a importância da harmonia entre estado de vigília e sono.
Eliminações fisiológicas (BC4), presentes.		Padrão estável de eliminação intestinal e débito urinário.	Reforçar que as eliminações estão dentro da normalidade de débitos e caracteres para a idade cronológica de seu bebê.
BC4 com integridade cutânea e de mucosas; boa regulação térmica		Bom padrão de proteção e regulação efetiva da temperatura.	Estimular os cuidados de higiene realizados com seu bebê o que tem lhe proporcionado integridade física.

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO AUTOCONCEITO

INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Pai verbalizou para mãe desejo de participar da consulta.		Interação da tríade durante a consulta prejudicada por problemas externos (exigência profissional do pai).	Mostrar para a mãe que o interesse paterno esta sendo importante apesar da ausência do pai na consulta e que ele poderá acompanhar o próximo retorno.
	Angústia materna frente à solicitação da quarta coleta do teste do pezinho	Angústia da mãe frente sua crença de risco de perda de seu bebê.	Conversar com a mãe buscando tranquilizá-la pela ausência de risco de perda de seu bebê, pois ele está clinicamente estável e sendo acompanhado.

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO DA FUNÇÃO DE PAPEL

INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Pai, mãe e uma filha realizam contato pele-a-pele.		Posição canguru incorporada, pela família, no cuidado ao bebê.	Incentivar a realização da posição canguru sempre que confortável ao binômio que o realiza.
	Não realizada oferta de complemento por sucção nutritiva.	Risco de descontinuidade do aleitamento materno.	Promover a oferta de complemento por sucção nutritiva após o aleitamento materno. Dialogar com a mãe que, apesar de estar fazendo uso de bico artificial ortodôntico seu bebê realiza boa ordenha no peito e se fica satisfeito após mamar é mais adequado não correr o risco de desestimular o aleitamento pelo condicionamento ao uso de chupa. Mostrar para a mãe as opções respeitando suas crenças e valores.

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO DE INTERDEPENDÊNCIA

INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Referência à união familiar nos cuidados prestados ao bebê.		Afeto, apoio, presente entre a mãe e familiares	Dialogar com a mãe e mostrar que pela sua fala quando se refere à sua família têm nesta uma grande fonte de apoio e vínculo e que, entre estas formas de dar e receber carinho, ela pode adquirir segurança afetiva levando BC4 a usufruir deste ambiente de falas, olhares e toques adequados.

Após a consulta fiz contato com o LACEN com objetivo de comunicar a quarta coleta de BC4 e seu encaminhamento no próximo dia. Conversei com a técnica do laboratório sobre nosso trabalho com bebês que desospitalizam ainda com baixo peso, sobre o Método Mãe-Canguru e que, este bebê, estava em acompanhamento na terceira etapa. Solicitei os resultados dos exames anteriores

os quais foram repassados. Na 1ª amostra de 17-OHP foi de 44,50 OHP. A 2ª amostra foi de 64,20 OHP e na 3ª amostra foi de 51,20 OHP.

Fui informada que o LACEN pode solicitar até cinco amostras, mas dependendo do resultado da quarta amostra, o bebê já é encaminhado para avaliação com endocrinologista pediátrico. Fiquei de telefonar em 48 horas para saber o resultado da 4ª amostra.

Segundo retorno na terceira etapa do Método Mãe-Canguru

No dia 10 de novembro de 2006, no período vespertino, recepcionei MC4 e BC4 quando adentraram na Unidade de Neonatologia. A mãe aparentemente tranqüila permitiu a aproximação dos profissionais de enfermagem e mães com bebês internados. Sorriu aos elogios!

Conduzi a mãe e bebê para a sala de cuidados mínimos, fomos acompanhadas pela médica residente que faria a consulta. MC4 antes mesmo de iniciar a despir BC4 para o exame clínico, comentou: *“o pessoal do LACEN já me ligou dizendo que a 4ª amostra deu alterada novamente. Já aconteceu alteração assim deste exame?”*. A médica do *staff* entrou na sala durante o comentário de MC4 e orientou a mãe que este controle é necessário para elucidar diagnóstico. Reforçou que no momento não existe qualquer diagnóstico firmado e que vários bebês acompanhados também já sofreram alterações e seguiram controle adequado. Embora com semblante de preocupação a mãe concordou com a orientação e começou a despir seu bebê para ser pesado.

Permaneci observando e registrando na carteira de saúde de BC4 as aferições do dia auxiliando desta forma durante a consulta médica. Aos 52 dias estava com peso de 1.965g, comprimento de 42,3 cm e PC de 31,5 cm. BC4 havia ganhado 37,5g/dia. Após realizar ausculta cardíaca e pulmonar a médica residente informou que estava tudo normal com BC4. Ele apresentava integridade cutânea e de mucosas, corado, hidratado. A mesma reforçou a importância do exame oftalmológico marcado para 14 de novembro e também a consulta com endocrinologista, no Hospital Infantil Joana de Gusmão dia 13 de novembro. O resultado da quarta amostra do teste do pezinho foi de 52,10 OHP.

Realizei, após, consulta de enfermagem.

*** Como foram seus dias até hoje?**

MC4 lamenta novamente a ausência do pai neste retorno, justificada pela exigência do trabalho. Comenta que a preocupação com o resultado do teste do pezinho a acompanhava e esperava ansiosa pela consulta com especialista. *“Mas já estou mais calma com as orientações de vocês, na consulta no HI quero que meu marido vá junto para também entender melhor tudo isso..”*

Comentou estar mais tranqüila em relação ao período noturno, pois BC4 *“dorme no seu berço ao lado do da maninha, ela olha e dá beijinho. Ela que está mais agitada, acho que quer chamar atenção, mas nós dizemos que ela também é nenê querido...agora são dois nenês.”...* *“durante o dia sempre vou ver se ele está respirando, mas sempre está tudo bem...”*

MC4 comentou que está ofertando Ad-til para seu bebê desde o último retorno.

*** Que dúvidas você necessita esclarecer?**

MC4 perguntou *“Você acha que o hormônio, a injeção anticoncepcional, pode ter prejudicado o bebê na gravidez que eu desconhecia e isto ter alterado este teste do pezinho?”*

Respondi não ter conhecimento suficiente para lhe diminuir esta dúvida, mas que o fato de seu bebê ser pré-termo e de baixo peso pode ser um fator predisponente a estas alterações. Concordamos que seria uma boa oportunidade perguntar ao endocrinologista na consulta agendada de BC4.

MC4 também comentou quanto ao seu desconforto de pequenos sangramentos desde o parto, já fez uso de seu anticoncepcional injetável, mas o sangramento persiste. Orientei para que fizesse uma consulta com ginecologista.

*** E o aleitamento como está?**

Mãe comentou que sua preocupação com bebê pelas alterações no exame do teste pezinho baixaram a sua produção de leite. Referiu sentir a mama menos cheia e assim ofertou maior número de vezes o complemento. A mãe continuava com uso de chupa para ofertar o complemento. Falou: *“mas ele continua mamando de 3/3h e eu procurei tomar mais líquidos para aumentar meu leite”*. Perguntei se durante a internação ela havia tomado plasil em comprimidos para aumentar sua produção de leite materno. MC4 confirmou positivamente, e que tinha compri-midos em

casa. Orientei então que poderia utilizá-lo novamente durante este período de baixa produção. Solicitei ao médico (*staff*) sua orientação o qual concordou com o uso neste momento.

*** Como está o manejo canguru domiciliar?**

MC4 respondeu: *“nestes dois dias minha filha que fez mais. Eu me envolvi com limpeza pesada lá em casa que eu já vinha adiando há dias...minha preocupação com estas alterações do teste pezinho me inquietaram...”*

Perguntei quanto tempo foi feito de posição canguru. MC4 respondeu: *“ela fez no máximo meia hora”*.

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO FISIOLÓGICO

INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Processo de amamentação mantido.		Amamentação priorizada antes da oferta de complemento.	Promover e incentivar a amamentação.
	Mãe com dificuldade em manter produção leite materno para amamentação exclusiva.	Diminuição da produção de leite materno pode estar relacionada com preocupação e angústia materna devido resultados alterados do teste do pezinho.	Dialogar com a mãe sobre suas preocupações procurando fortalecer o processo de amamentação, respeitando a oferta de complemento em chucha visto a necessidade de suprir sua baixa demanda de produção de leite materno. Lembrando MC4 que poderá fazer uso da medicação prescrita pelo médico (plasil) para estimular produção leite materno, bem como manter boa ingestão hídrica e alimentar.
BC4 recebe medicação (vitaminas A e D) conforme prescrição médica.	Aumento da oferta de complemento (c/ chucha) após as mamadas.	A administração das vitaminas prescrita prevenirá hipovitaminoses.	Conversar com a mãe sobre a aceitação da vitamina prescrita (vitaminas A e D) para que seu bebê realmente receba todo medicamento via oral.
	Resultado da 4ª amostra do teste do pezinho de BC4 mantém valor elevado de 17 – hidroxiprogesterona (17-OHP).	BC4 necessitará de avaliação médica especializada (endocrinologista).	Informar à mãe que a quarta amostra alterada do teste do pezinho indica necessidade de avaliação médica especializada, porém continua sendo um acompanhamento preventivo, sem diagnóstico fechado. Encaminhar pedido para consulta endócrina.

BC4 com ganho ponderal diário de 37,5g.		Ganho ponderal adequado.	Mostrar que o ganho ponderal diário continua sendo satisfatório.
Sono e repouso (BC4) dentro da normalidade. Períodos de atividade e descanso equilibrados.		Bom padrão atividade e descanso.	Mostrar à mãe que seus hábitos de sono, repouso e vigília mantêm-se adequados.
Eliminações fisiológicas (BC4), presentes.		Padrão estável de eliminação intestinal e débito urinário.	Reforçar que as eliminações estão dentro da normalidade de débitos e caracteres para a idade cronológica de seu bebê.
BC4 com integridade cutânea e de mucosas; boa regulação térmica.		Bom padrão proteção e regulação efetiva da temperatura.	Estimular os cuidados de higiene realizados com seu bebê o que tem lhe proporcionado integridade física.
	MC4 com sangramento vaginal.	Sangramento vaginal pode estar relacionado com desequilíbrio hormonal.	Orientar MC4 para consulta ginecológica e reavaliar o uso de seu anti-concepcional injetável.

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO AUTOCONCEITO

INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
	Sentimento de tristeza de MC4 pela impossibilidade de PC4 acompanhar as consultas.	Interação da tríade durante a consulta continua prejudicada por problemas externos (exigência profissional do pai).	Incentivar a presença do pai e familiares no próximo retorno.
	Aumento da preocupação e ansiedade materna frente à alteração na quarta amostra do teste do pezinho.	Instabilidade emocional materna frente sua crença de risco de perda de seu bebê.	Dialogar com a mãe buscando tranquilizá-la pela ausência de risco de perda de seu bebê, pois ele continua clinicamente estável e sendo encaminhado para avaliação especializada. Incentivar a aproximação da irmã que realiza o contato pele-a-pele principalmente neste momento de instabilidade emocional dos pais.

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO DA FUNÇÃO DE PAPEL

INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Filha adolescente manteve contato pele-a-pele.	Pai e mãe sem vontade de participar do contato pele-a-pele.	Posição canguru promovida pela irmã de BC4. Preocupações com BC4 afastam os pais do cuidado da posição canguru.	Incentivar a realização da posição canguru sempre que confortável ao binômio que o realiza. Dialogar com a mãe sobre a importância da continuidade do contato pele-a-pele realizado pela filha.
	Não realizada oferta de complemento por sucção nutritiva.	Risco de descontinuidade do aleitamento materno.	Respeitar a opção materna pelo uso de bico artificial em chupa para oferta do complemento via oral, estimulando o peito em primeira opção.

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO DE INTERDEPENDÊNCIA

INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Mãe demonstra carinho com BC4 durante consulta.		Manifestações de carinho presentes.	Promover aproximação triade.
	Ansiedade dos pais os afasta de BC4 principalmente para realizarem posição canguru.	Preocupações com saúde de seu bebê limitam toque dos pais	Dialogar com a mãe e mostrar que pelo toque adequado e promovendo a posição canguru seu bebê ficará mais seguro e tranquilo.

Terceiro retorno na terceira etapa do Método Mãe-Canguru

No período vespertino do dia 16 de novembro aconteceu o terceiro retorno de BC4 que trazido pela sua mãe estava excessivamente protegido com mantas grossas o que o fez suar, pois o dia estava com temperatura alta apesar de ventos fortes o que levou à mãe a protegê-lo. Sempre atenciosa com os presentes, MC4 cumprimentou a todos, permitindo o olhar curioso sobre seu bebê.

Neste dia a avaliação clínica foi realizada novamente pelas duas médicas residentes. A consulta médica aconteceu na sala de cuidados mínimos onde permaneci observando. MC4 apresentou retorno da médica endocrinologista que atendeu BC4. Segundo a mãe foram muito bem atendidos, o pai foi junto à consulta realizada no dia 13/11/06. Segundo a mãe foram coletados exames na

hora da consulta, cujo resultado de Na foi de 138 mEq/l e K foi de 4.2; ambos normais. Os demais exames, quando prontos seriam comunicados à mãe. Foram solicitados ACTH/cortisol e 17 OHP andiostenediona. Também foi entregue à mãe uma carta para situações de emergência em casos de estresses clínicos como crise de perda de sal por ser BC4 suspeito de ser portador de Hiperplasia Congênita de Supra Renais forma virilizante simples.

MC4 estava visivelmente mais tranqüila após avaliação do especialista. Após dialogarem sobre a consulta realizada as duas médicas residentes procederam as aferições pondo-estaturais e exame clínico. BC4 estava com 58 dias de vida, corado e hidratado, pesou 2.155g o que significou um ganho de 31g/dia. Seu comprimento estava em 42,3 cm e seu PC 31,5 cm. Sua pele estava íntegra e mucosas úmidas. Como a mãe não conseguiu comparecer na consulta oftalmológica do dia 14/11/06 a médica residente remarcou para dia 21/11/06 e colocou à mãe a dificuldade na remarcação, pois a agenda desta especialidade era muito concorrida. Procurou conscientizar MC4 da necessidade de manter controle oftalmológico adequado. Após, deram encaminhamento para o seguimento ambulatorial pediátrico, marcaram retorno para dia 27/11/06. Tendo atingido peso acima de 2.000g BC4 teve alta da terceira etapa do Método Mãe-Canguru.

Depois das orientações médicas realizei a consulta de enfermagem.

Percebi MC4 tranqüila sem as inquietações do retorno anterior geradas pelas incertezas diagnósticas.

*** Como foram os dias de vocês?**

MC4 sorriu e comentou: *“coloquei tudo na mão de Deus, sabe....vejo meu filho bem, mamando, dormindo, tranqüilinho, o jeito é acompanhar o crescimento controlando como a médica falou.”* *“Até dormi melhor depois da consulta com endócrino, inclusive meu leite aumentou de novo”.* *“lá em casa está tudo bem, todos estão bem”.*

*** Que dúvidas necessita esclarecer?**

MC4 perguntou sobre modificações que o bebê apresenta na *“alteração hormonal virilizante simples”*. Comentei então sobre ginecomastia, alteração tamanho pênis, excesso de pêlos no corpo. MC4 então concordou *“é foi o que a médica disse, mas ela também falou que tudo tem tratamento se acompanhado*

desde cedo". Concordei com ela e reforcei que esta é a finalidade da prevenção, ou seja, a rigorosa coleta do teste do pezinho.

Questionei se ela tirou sua dúvida com a endocrinologista referente à dosagem hormonal anticoncepcional durante gravidez. MC4 falou: *"sim, a médica deu 80% de chance deste medicamento ter alterado o OHP do bebê e como nasceu prematuro pode estar refletindo no teste do pezinho"*.

Perguntei se ela realizou consulta ginecológica e MC4 respondeu que agora iria cuidar disso, já estava com consulta marcada.

MC4 perguntou se haveria problemas em não retornar no ambulatório de pediatria, se poderia realizar acompanhamento pelo seu plano de saúde. Orientei que a escolha era dela e do pai e que então retornasse dia 27/11/06 buscando orientação para uma boa indicação, ou seja, ser encaminhada a um pediatra da rede privada já acostumado a ser referência do HU. MC4 concordou.

*** E o aleitamento como está?**

MC4 respondeu que voltou a ser como na primeira semana. Amamenta 3/3h e oferta complemento somente duas vezes ao dia. Comentou: *"às vezes tenho que mexer, trocar fralda para ele acordar, demora um pouquinho, mas ele acorda"*.

*** Como está o manejo canguru domiciliar?**

MC4 respondeu que embora em menor tempo, em posição por 15 a 30 minutos, estão fazendo (ela, o pai e a irmã mais velha). Orientei que a posição canguru é para o tempo confortável ao bebê e para quem a realiza e que na medida do crescimento do bebê ele vai tornando-se mais inquieto e a posição canguru transforma-se no colo.

Solicitei à MC4 uma avaliação da terceira etapa

Ela então comentou: *"é uma chance para quem mora na grande Florianópolis. O meu bebê foi para casa com 1770g, outros que não moram aqui tem de esperar os 2000g. Quando fui embora fiquei preocupada por uns três dias. Na primeira noite não dormi, agora estou tranquila! Vai muito da responsabilidade dos pais, de cuidar, de trazer para as consultas.....me senti amparada.....aqui a gente se fortalece pelos problemas de outros"*.

Neste momento MC4 fez uma rápida reflexão sobre sua internação “*sabe, pra mim foi tudo muito rápido, saber que estava grávida e uma semana depois ter um filho prematuro. Eu levei três dias para vir do alojamento até aqui, na UTI, porque todos me diziam que ele era muito pequenininho. Eu nunca vi um prematuro então imaginei meu filho do tamanho de um filhote de gato...sei lá. Tive muito apoio da psicologia e quando entrei aqui também. Aí fui rezando e mesmo vendo que meu filho não era tão pequeno como imaginei, achei muito magrinho...eu vinha ficava um pouco, tirava leite mesmo sendo pouco e assim fui me acostumando. Minha família sempre dando força e estamos felizes com ele....*”.

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO FISIOLÓGICO

INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Aleitamento materno efetivo, com aumento da produção leite materno.		Bom processo de amamentação.	Incentivar a amamentação.
Diminuição da oferta de complemento via oral.		Aleitamento satisfazendo necessidade de BC4.	
Nível elevado de OHP não fecha diagnóstico requer somente acompanhamento com endocrinologista e controle exames laboratoriais.	Manter BC4 sob rigoroso acompanhamento médico.	BC4 necessitará de constante acompanhamento médico para seu bom desenvolvimento físico.	Dialogar com a mãe sobre a necessidade de controle endocrinológico adequado para um bom e tranquilo desenvolvimento e crescimento de seu bebê.
BC4 ganho ponderal diário de 31g.		Ganho ponderal adequado.	Mostrar que o ganho ponderal diário continua sendo satisfatório.
Sono e repouso (BC4) dentro da normalidade. Períodos de atividade e descanso equilibrados.		Bom padrão atividade e descanso.	Mostrar à mãe que seus hábitos de sono, repouso e vigília mantêm-se adequados.
Eliminações fisiológicas (BC4), presentes.		Padrão estável de eliminação intestinal e débito urinário.	Reforçar que as eliminações estão dentro da normalidade de débitos e caracteres para a idade cronológica de seu bebê.
BC4 com integridade cutânea e de mucosas; boa regulação térmica.		Bom padrão proteção e regulação efetiva da temperatura.	Incentivar à mãe para que mantenha os cuidados de higiene e conforto que vem realizando com BC4.

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO AUTOCONCEITO

INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
MC4 marcou consulta ginecológica.		Auto-estima, enfrentando problemas fisiológicos.	Incentivar o auto-cuidado
Diminuição da ansiedade materna após levar seu bebê para a consulta com endocrinologista.		Expectativa positiva para o desenvolvimento e crescimento de BC4.	Dialogar com a mãe sobre o conhecimento adquirido sobre hiperplasia congênita de supra renais forma virilizante simples o que lhe permite segurança para cuidar de seu bebê.

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO DA FUNÇÃO DE PAPEL

INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Pai, mãe e filha adolescente mantendo contato pele-a-pele.		Posição canguru promovida pela família.	Incentivar a realização da posição canguru sempre que confortável ao binômio que o realiza. Dialogar com a mãe sobre a importância da integração de papéis da família.

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO DE INTERDEPENDÊNCIA

INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Mãe demonstra carinho com BC4 durante consulta.		Manifestações de carinho presentes tendo um padrão mais estável em dar e receber.	Dialogar com a mãe sobre a importância e a sua capacidade em promover um bom desenvolvimento nas relações entre seus familiares.

5.1.3 Apresentando o Processo de Cuidar com o Bebê Canguru 1 (BC1)

BC1 tem sua vibração numerológica para liderança, será independente, criativa, original e ativa. Com coragem e inteligência para explorar o desconhecido, terá iniciativa e garra para alcançar seus objetivos (CARVALHO; FIKSS, 2006).

Ao tomar conhecimento destas vibrações numerológicas para seu bebê a mãe solicitou que fosse feito para a irmã, gemelar de BC1.

Meu primeiro contato com os pais de BC1 foi durante sua internação na UTI Neonatal por ser pré-termo e de baixo peso. A irmã gemelar ficou com a mãe no alojamento conjunto, pois não era de baixo peso e a prematuridade, de ambas, não era extrema. Conversei com a mãe, pois o pai era muito ausente pela necessidade de seu trabalho, para participar da pesquisa quando BC1 se aproximou da possibilidade de ingressar na terceira etapa do Método Mãe-Canguru. MC4 concordou demonstrando satisfação em participar desta prática. O ingresso de BC1 na terceira etapa aconteceu no dia 02 de janeiro de 2007.

Primeiro retorno na terceira etapa do Método Mãe-Canguru

Este primeiro retorno aconteceu no dia 05 de janeiro de 2007, no período vespertino. A mãe chegou à Unidade de Neonatologia com BC1 nos braços e um farto sorriso em sua face.

Ao perguntarmos, eu e alguns funcionários da enfermagem, sobre a gemelar de BC1 a mãe informou que ela estava no carro, dentro do estacionamento do HU, com familiar (tio) aguardando seu retorno. Preferiu permanecer sozinha para a consulta ser mais tranquila.

Realizamos a consulta na sala de cuidados mínimos da Unidade. Como o médico estava ocupado naquele momento com um bebê da UTI procurei não deixar MC1 aguardando. A conduzi para que fossemos realizando as medidas antropométricas de BC1. Despimos totalmente o bebê, e pude observar a boa integridade cutânea e de mucosas, estava corada e hidratada. Ao ser pesada aferimos 1.905g o que significou um ganho ponderal de 60g/dia desde seu ingresso na terceira etapa. BC1 estava com 19 dias de vida, mediu 43 cm de comprimento e 33 cm de perímetro cefálico.

Após as medidas a mãe manteve seu bebê envolto em sua manta e eu fui solicitar ao médico para que realizasse sua avaliação clínica. Assim, após sua avaliação e seus registros na carteira de saúde do bebê, orientou a mãe para retornar em quatro dias e manter amamentação exclusiva.

Demonstrando satisfação pelo ganho ponderal de BC1 a mãe vestiu o bebê para então realizarmos a consulta de enfermagem.

*** Como foi o primeiro dia de vocês?**

MC1 responde que *“recebi muitas visitas no primeiro dia que ela foi para casa, todos queriam ver as gêmeas juntas, tenho ajuda da minha irmã para cuidar dos bebês. Dá colo se eu amamento uma e a outra acorda e chora, ela só não dá banho, tem medo...”* A mãe complementa: *“Primeira noite foi cansativa... amamentar as duas... quase não dormi.”*

A mãe também contou que já havia levado BC1 ao Posto de Saúde do bairro onde foi coletado material para o teste do pezinho.

*** Que dúvidas você necessita esclarecer?**

MC1 demonstrou segurança nos cuidados de higiene e repouso ofertados ao bebê, repondendo prontamente que ficou muito tranqüila pelo fato das gemelares mamarem rapidamente, principalmente BC1 que precisou ficar internada por ser de baixo peso. Percebi que o processo de amamentação permitiu interação materna com bebês dando-lhe segurança no manuseio adequado. MC1 não colocou dúvidas e reforçou: *“é só amamentar e trocar...”*. Complementando falou: *“acompanhei tudo e acho que sei tudo delas, apesar de ser gêmeas, engordei sete quilos, elas tiveram peso ótimo. Prematuras a gente já esperava, eu já estava preparada delas virem antes, soube que eram gêmeas com cinco meses de gravidez.”*

Perguntei à mãe se estava tendo alguma dificuldade em ofertar a medicação que foi prescrita pelo médico no seu ingresso na terceira etapa. Ela me respondeu que não. BC1 recebia protovit uma vez ao dia conforme foi orientada.

*** E o aleitamento, como está?**

MC1 respondeu que *“BC1 mama de 2/2h e a outra mama de 3/3h, assim consigo dar de mamar sem problemas”*. Questiono o tempo de mamadas de BC1 e a mãe responde que é de 10 a 15 minutos. A mãe colocou que tem uma boa produção de leite para amamentar as gemelares mas que eventualmente, estando sem auxílio de terceiros, ela usa chupeta para que um dos bebês fique mais calmo até poder amamentar. Na sua fala percebo que o choro de uma das gemelares gera ansiedade materna o que a leva a usar chupeta: *“a espera irrita.”*

*** Como está o manejo canguru domiciliar?**

MC1 falou que somente ela realiza o contato pele-a-pele. *“faço Canguru depois do mamar enquanto a primeira gêmea dorme, fico uns vinte minutos...”*.

Perguntei se o pai realizava algum cuidado com BC1, se ele demonstrava interesse em realizar a posição canguru. Ao que a mãe respondeu: *“eu cuido mais dele (referindo-se ao marido) do que ele de mim. Agora cuido dele, das gêmeas e da nossa outra filha ”*.

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO FISIOLÓGICO

INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Amamentação exclusiva.		Bom processo de amamentação.	Dialogar com a mãe sobre os benefícios da amamentação, incentivando o aleitamento exclusivo.
BC1 recebe medicação prescrita pelo médico.		BC1 recebe gotas polivitaminadas conforme prescrição médica.	Orientar a mãe sobre a importância da oferta polivitaminica para seu bebê pois a mesma auxilia na manutenção fisiológica mantendo o bom funcionamento dos processos metabólicos.
BC1 realizou teste do pezinho.		MC1 ciente da importância deste controle em seu bebê.	Conversar com a mãe sobre a importância do rastreamento neonatal para BC1, pré-termo e de baixo peso, através do teste do pezinho.
BC1 com ganho ponderal diário de 60g.		Ganho ponderal adequado.	Mostrar à mãe que o ganho ponderal diário é satisfatório.
Sono e repouso de BC1 dentro da normalidade.		Bom padrão atividade e descanso.	Dialogar sobre harmonia entre estado de vigília e sono.
Eliminações fisiológicas de BC1, presentes.		Padrão estável de eliminação intestinal e débito urinário.	Reforçar que as eliminações estão dentro da normalidade de débitos e caracteres para a idade cronológica de seu bebê.
BC1 com integridade cutânea e de mucosas; boa regulação térmica.		Bom padrão proteção e regulação efetiva da temperatura.	Estimular a mãe para manter os cuidados de higiene para com seu bebê o que tem lhe proporcionado integridade física.

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO AUTOCONCEITO

INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Pai e mãe preparados para risco de parto prematuro e gestação gemelar. Gravidez planejada.		Mãe promove integração familiar e expectativas positivas.	Estimular interação da tríade.
Irmã de MC1 auxilia nos cuidados aos bebês.		Organização criada pela família favorece aproximações da mãe com BC1.	Dialogar com a mãe estimulando sua interação e organização para manter-se próxima a BC1 e entre familiares.

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO DA FUNÇÃO DE PAPEL

INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Mãe realiza contato pele-a-pele.	PC1 com papel mais de observador que de cuidador.	Posição canguru incorporada no cuidado ao bebê.	Incentivar a realização da posição canguru sempre que confortável ao binômio que o realiza.
	Uso de chupeta para acalmar o bebê.	Crença cultural de que chupeta acalma bebê.	Dialogar com a mãe sobre o manejo adequado ao recém nascido pré-termo e/ou de baixo peso, buscando promover ambiente tranquilo, toque adequado e posição canguru. O uso de chupeta ou bicos artificiais pode atrapalhar a amamentação. As alterações na arcada dentária, na postura de língua e na respiração pelo constante uso da chupeta são comuns. O bebê tem necessidade de sucção, porém o sugar do seio é suficiente para sanar esta necessidade, tornando o uso da chupeta desnecessário.

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO DE INTERDEPENDÊNCIA

INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Mãe demonstra afetividade com seu bebê e promove o bom relacionamento familiar		Afeto presente entre a tríade. MC1 com estratégias solidárias efetivas.	Dialogar com a mãe sobre as formas de dar e receber carinho procurando promover segurança afetiva da tríade. Incentivar o toque adequado pelo pai de BC1.

Segundo retorno na terceira etapa do Método Mãe-Canguru

No período vespertino de 09 de janeiro de 2007 aconteceu o segundo encontro com BC1. Trazido à Unidade pela sua mãe que interagiu alegremente com profissionais da Neonatologia que se aproximam para ver seu bebê.

Ao ver MC1 achei-a visivelmente emagrecida o que me preocupou embora não tenha comentado com ela.

Dirigimos-nos para sala de cuidados mínimos e iniciei com as medidas antropométricas solicitadas pelo médico com o que concordei prontamente. Enquanto MC1 despia seu bebê, ela me olhou e, comentou que BC1 continuava mamando muito bem e que acreditava que seu peso já tenha ultrapassado 2.000g. Perguntei sobre a gemelar e MC1 disse que preferiu deixá-la novamente com familiar aguardando nas proximidades do hospital, *“se ela quiser mamar, eles sobem, senão amamento assim que sair daqui”*, comentou a mãe.

Observei crosta seborréica em couro cabeludo e orientei a mãe para higiene do mesmo durante o banho. A pele do bebê estava íntegra, mucosas úmidas, coradas e hidratadas.

As medidas de BC1 que estava com 23 dias de vida foram de 2.045g, com ganho ponderal de 35g/dia, comprimento de 43,5cm e perímetro cefálico de 34 cm.

Após recebeu avaliação médica que, estando BC1 com bom ganho ponderal e clinicamente estável, deu alta da terceira etapa e encaminhou para ambulatório pediatria com retorno para 14/02/07, prescreveu fer-in-sol 2gts 2x/dia.

Ficamos novamente MC1, BC1 e eu na sala. Acomodados, mãe e bebê, conversamos para avaliar os dias transcorridos. MC1 chorou muito quando comentei que havido percebido seu emagrecimento. Espontaneamente comentou que seu marido sofreu queimaduras de segundo grau durante o fim de semana

enquanto trabalhava. O acidente foi causado com água quente disposta em recipientes, pois o mesmo trabalha em restaurante de refeições por quilo.

Este incidente exigiu dela maior disponibilidade de tempo para cuidar do companheiro, apesar do apoio de familiares em transportes para realizar curativos a rotina em sua casa sofreu descontinuidade de foco somente para gemelares. Após ter exposto o incidente a mãe pediu desculpas por ter chorado, procurei acolhê-la da melhor maneira possível fortalecendo sua forma equilibrada em enfrentar aqueles momentos, redobrando seus esforços e mantendo suas gemelares em amamentação exclusiva.

*** Como foram os dias de vocês?**

MC1 disse que continuava tendo auxílio de sua irmã para cuidar dos bebês embora a mesma continuasse sem realizar banho e posição canguru. MC1 falou: *“o problema com meu marido mexeu com todo mundo, dificultou trabalho no restaurante e ele quer mais atenção em casa”*. A mãe continuou falando e percebi sua tolerância ao ser exigida para manejar com necessidades de sua família, superando seus próprios limites para manter suas gemelares mamando e dando apoio emocional para seu marido. Seu sono e repouso bem como sua alimentação ficaram em segundo plano!

*** Que dúvidas você necessita esclarecer?**

MC1 perguntou sobre o atendimento no Posto de Saúde, mostrou preocupação em poder contar com profissionais capacitados para atender BC1. Esclareci que na carteira de vacinação estão todos os dados do parto e evolução clínica, que a imunização é administrada dentro do esquema normal e de conhecimento dos profissionais de saúde locados em postos da rede básica. Além disso, BC1 será acompanhado no ambulatório de pediatria do HU até atingir 2 500g.

*** E o aleitamento, como está?**

A mãe colocou que BC1 mama mais tempo e mais vezes ao dia, *“elas acordam em horários diferentes com diferença de meia hora”*.

A amamentação continua exclusiva para as gemelares. Indagada quanto a sua produção de leite a mãe respondeu que diminuiu um pouco, mas continuava tranqüila para somente ofertar o peito.

*** Como está o manejo canguru domiciliar?**

MC1 afirmou ter diminuído consideravelmente o contato pele-a-pele, realizando posição canguru após algumas mamadas durante, no máximo, dez minutos. No entanto, acredita que este contato favoreceu o desenvolvimento de BC1, MC1 diz *“ela é mais esperta que a outra, acompanha tudo que acontece na volta, quer ver tudo”*.

Solicitei que fizesse uma avaliação de sua passagem na Neonatologia e MC1 comentou: *“a gente não imagina o que é uma UTI, que tem sempre gente cuidando, troca plantão, como é mesmo...depois que pude ver isso fiquei mais tranqüila porque conheci. Pude ir para casa com a outra e saber como minha filha ia ficar cuidada.”* A mãe novamente se emociona ao recordar o primeiro dia que foi para casa com somente a primeira gemelar. Agradeceu pelo tratamento recebido.

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO FISIOLÓGICO

INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Amamentação exclusiva mantida.		Bom processo de amamentação.	Promover e incentivar o aleitamento exclusivo.
	Couro cabeludo de BC1 com crostas seborréicas.	Sinais de dermatite seborréica.	Orientar a mãe para higiene do couro cabeludo.
BC1 com ganho ponderal diário de 35g.		Ganho ponderal adequado.	Mostrar à mãe que o ganho ponderal diário continua satisfatório.
Sono e repouso de BC1 dentro da normalidade.		Bom padrão atividade e descanso.	Promover ambiente tranqüilo para sono e repouso do bebê.
Eliminações fisiológicas de BC1, presentes.		Padrão estável de eliminação intestinal e débito urinário.	Reforçar que as eliminações estão dentro da normalidade de débitos e caracteres para a idade cronológica de seu bebê.
BC7 com integridade cutânea e de mucosas; boa regulação térmica.		Bom padrão proteção e regulação efetiva da temperatura.	Orientar mãe para manter higiene buscando a não progressão das alterações exsudativas em couro cabeludo.
	Emagrecimento de MC1.	Falta de alimentação e hidratação adequada podem desestabilizar integridade materna e contribuir na diminuição da produção de leite materno.	Dialogar com a mãe e fortalecer seu auto-cuidado revendo seu tempo de alimentar-se e repousar.
	Queimaduras de segundo grau em PC1.	PC1 com risco de proteção pela descontinuidade em lesões de pele, exigindo cuidados específicos.	Dialogar com a mãe em relação aos cuidados com PC1, curativos e risco de infecção.

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO AUTOCONCEITO

INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Irmã de MC1 continua auxiliando nos cuidados aos bebês. Suporte de familiares para transportes necessários à PC1 e MC1 com seu bebê.		Apoio gerado pela família favorece sentimentos positivos para o enfrentamento de MC1 às intercorrências com seu marido.	Dialogar com a mãe estimulando sua interação com familiares e reorganizar atividades para aliviar sua carga pessoal.

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO DA FUNÇÃO DE PAPEL

INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Mãe realiza contato pele-a-pele.	PC1 exigindo cuidados especiais devido queimadura sofrida. Não contribuindo com cuidados à BC1.	Posição canguru limitada.	Incentivar a posição canguru desde que a mãe sinta-se confortável respeitando o seu tempo disponível neste momento.

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO DE INTERDEPENDÊNCIA

INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Mãe reorganizando-se para dar carinho aos bebês, filha e marido.		Exercício materno constante em redobrar atenções e afetos à sua família. Angústia e preocupação com saúde dos seus.	Dialogar com a mãe sobre as formas de dar e receber carinho procurando promover recursos adequados para não ocorrer baixa autoestima.

5.1.4 Apresentando o Processo de Cuidar com o Bebê Canguru 2 (BC2)

BC2 tem sua vibração numerológica para a cooperação, o trabalho de assessoria ou aconselhamento será agradável e pode trazer sucesso. Amorosa e atenciosa. Sua inclinação espiritual pode despertar vocação religiosa ou mística (CARVALHO; FIKSS, 2006).

Meu primeiro contato com este bebê e seus pais foi durante a internação na UTI, continuou durante toda a primeira e segunda etapa do Método Mãe-Canguru. Sobre a participação deles na minha pesquisa houve concordância enquanto BC2

ainda estava na segunda etapa. Com uma internação prolongada de 43 dias a mãe esteve presente por um período maior do dia durante os últimos dez dias antes do ingresso de BC2 na terceira etapa, o que ocorreu no dia 04 de janeiro de 2007.

Primeiro retorno em terceira etapa do Método Mãe-Canguru

MC2 retornou à Unidade de Neonatologia no dia 09 de janeiro de 2007, no período vespertino para sua primeira consulta com BC2. Acompanhada pela filha de seis anos de idade ambas conversaram sorridentes com a equipe de saúde. Percebi que a mãe estava com certa pressa em realizar a avaliação de seu bebê embora não tenha verbalizado, porém a irmã de BC2 expressou que elas iriam passear.

Para agilizar, informei ao médico que realizaria as medidas pondero-estaturais na sala de cuidados mínimos e depois lhe chamaria para sua avaliação clínica. Todos concordando iniciamos, a mãe e eu, a retirar as roupas do bebê que estava então com 48 dias de vida. Descorada, hidratada, com mucosas e pele íntegra. Seu peso foi de 1.885g, com ganho ponderal de 08g/dia. Comprimento de 42,7 cm e perímetro cefálico de 31 cm. Registrei os dados na carteira de saúde de BC2 e chamei o médico para realizar sua consulta.

Na sua observação clínica o médico avaliou que BC2 estava descorada e com ganho de peso diário limítrofe, mas como o processo de amamentação estava mantido sem outras alterações, solicitou o retorno de BC2 em dois dias para nova consulta. Após avaliação médica realizei consulta de enfermagem.

*** Como foi o primeiro dia de vocês?**

MC2 respondeu: *“cheguei em casa no final da tarde. Na primeira noite acordou de 3/3h, eu tinha preocupação que a saturação caísse, mexia nela para ver se respirava. Coloquei berço no nosso quarto. Ela continua mamando de 3/3h. Dorme mais em casa, depois do banho tem um sono maior, quando acorda fica com os olhos bem abertos prestando atenção. O pai participa, troca fralda, beija e cuida para sempre lavar as mãos antes de pegar ela...”*.

*** Que dúvidas você necessita esclarecer?**

MC2 tinha dúvidas quanto à sua alimentação. Questionou se poderia comer alimentos diversos, se havia restrições, se alimentos ou líquidos podem alterar

leite materno ou interferir na sua produção. Orientei para manter sua alimentação regular, sem excessos, tomar líquidos, principalmente água.

A mãe também manifestou sua preocupação com a quantidade de fezes de coloração esverdeada que BC2 vinha eliminando. Orientei que os caracteres fisiológicos e débitos eram normais para seu bebê em amamentação exclusiva.

Quanto ao esquema de vacinação, também questionado por MC2, orientei que poderia realizar imunização contra hepatite B. MC2 comentou que gostaria de saber sobre o teste do pezinho coletado enquanto seu bebê estava internado. Prontifiquei-me em obter o resultado.

Perguntei-lhe se estava ofertando protovit e sulfato ferroso prescritos pelo médico quando ingressaram na terceira etapa. A mãe respondeu afirmativamente.

*** E o aleitamento como está?**

MC2 referiu não estar tendo dificuldades na amamentação. Os intervalos de BC2 são de 3/3h, mamando de 10 a 15 minutos. Sua produção de leite materno não sofreu alterações.

*** Como está o manejo canguru domiciliar?**

MC2 comentou que não realizou o contato pele-a-pele. Amamenta e dá colo. Questionada da razão de não realizar a posição canguru, respondeu que: *“achei que em casa não era tão necessário, mas vou começar a fazer”*. Orientei para que o pai também fosse estimulado para realizar o cuidado.

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO FISIOLÓGICO

INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Amamentação exclusiva.		Bom processo de amamentação.	Promover e incentivar o aleitamento exclusivo.
	BC2 com ganho ponderal diário de 8g.	Ganho ponderal limitrofe.	Mostrar à mãe que o ganho ponderal diário mínimo é de 10g por isso a necessidade de controlar o peso, que pode estar limitrofe pela evacuações aumentadas de BC2.
	BC2 descorada.	Descorada desde seu ingresso na terceira etapa.	Dialogar com a mãe sobre o aspecto descorado de BC2 pois a mesma já vinha em observação por tendência à anemia, segundo exa-

			mes laboratoriais realizados na época de sua internação. Porém merece observação e acompanhamento para que, se caso evoluir, seja tratado precocemente.
Teste do pezinho foi coletado na segunda etapa MMC.	Mãe não sabe sobre resultado do teste.	Mãe desconhece valores, se normais ou não, do teste do pezinho.	Providenciar resultado do teste do pezinho. Realizar contato com LACEN. Informar à mãe no próximo retorno.
BC2 recebendo protovit e sulfato ferroso conforme prescrição médica.		BC2 recebe gotas polivitaminadas e ferro conforme prescrição médica.	Orientar a mãe sobre a importância da oferta polivitaminica e do sulfato ferroso para seu bebê, pois auxiliam na manutenção fisiológica mantendo o bom funcionamento dos processos metabólicos.
Sono e repouso de BC2 dentro da normalidade.		Bom padrão atividade e descanso.	Promover harmonia entre tempo de vigília e sono.
Eliminações fisiológicas de BC2, presentes.	Número de evacuações aumentadas, aspecto esverdeadas.	Caracteres normais para idade cronológica de BC2. Débito aumentado.	Reforçar que as eliminações estão dentro da normalidade de caracteres para a idade cronológica de seu bebê. Observar débito.
BC2 com integridade cutânea e de mucosas; boa regulação térmica.		Bom padrão proteção e regulação efetiva da temperatura.	Orientar mãe para manutenção da higiene para boa integridade física.

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO AUTOCONCEITO

INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Irmã de BC2 acompanhando consulta.		Interação familiar.	Dialogar com a mãe e estimular presença do pai nas próximas consultas.
	Medos de MC2 em relação à ingestão de certos alimentos.	Tabus alimentares.	Orientar alimentação adequada, rica em fibras, frutas, verduras, evitando condimentos fortes. Manter uma boa ingestão líquida.
	Preocupação materna com baixo ganho ponderal de BC2.	Preocupação gera expectativa futura.	Conversar sobre expectativas referente ganho ponderal de BC2 e estimular a procura da equipe na Neonatologia em qualquer dúvida sua. Reforcei minha disponibilidade em auxiliar se MC2 necessitar, podendo telefonar a qualquer hora.

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO DA FUNÇÃO DE PAPEL

INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
	Ausência da oferta de contato pele-a-pele ao bebê.	Posição canguru não promovida pelos pais ou familiares.	Incentivar a posição canguru desde que confortável ao binômio que a realiza. Promover o cuidado ao bebê, lembrar à mãe que contribui para o desenvolvimento de BC2 incluindo ganho ponderal.
PC2 realiza cuidados de higiene em BC2.		Pai e mãe assumindo responsabilidades no cuidado ao bebê.	Mostrar para a mãe a importância de permitir e incentivar a aproximação do pai nos cuidados ao bebê.

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO DE INTERDEPENDÊNCIA

INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Mãe oferta carinho através de colo, falas suaves e amamentação. Pai demonstra aproximação envolvendo-se nos cuidados de higiene e conforto ao bebê. MC2 permite que irmã de BC2 acompanhe consultas e cuidados.		Relação afetiva entre a triade e irmã de BC2.	Dialogar com a mãe sobre as formas de dar e receber carinho, promover interação familiar.

Segundo retorno em terceira etapa do Método Mãe-Canguru

O segundo retorno havia ficado agendado para o dia 12 de janeiro. No entanto, MC2 telefonou para a Unidade Neonatal dia 11 de janeiro, pois estava ansiosa e preocupada com o número diário das evacuações de BC2 que poderiam prejudicar o ganho de peso de seu bebê. O médico a orientou para ir até o hospital, na Neonatologia, para pudesse examinar BC2.

Assim, este retorno não foi acompanhado por mim. Detive-me então a registrar os dados anotados pelo médico naquele dia. Com 50 dias, clinicamente estável, BC2 pesou 1.915g tendo ganhado 15g/dia.

Seu próximo retorno ficou agendado para dia 16 de janeiro.

Terceiro retorno em terceira etapa do Método Mãe-Canguru

No dia 16 de janeiro de 2007, período vespertino, MC2 chegou à Unidade de Neonatologia com BC2 nos braços. Manteve um contato informal com a equipe neonatal. Conduzi a mãe e seu bebê para a sala de cuidados mínimos e solicitei a presença do médico para que realizasse sua avaliação. Na consulta médica BC2 foi pesado e medido. Com 55 dias de vida, pesava 2.040g, ganho ponderal de 25g/dia. Comprimento de 43 cm e perímetro cefálico de 32 cm. Hidratado, corado, pele e mucosas sem alterações. BC2 teve alta da terceira etapa e foi agendado para retornar no ambulatório de pediatria do HU.

Na sequência, realizei a consulta de enfermagem.

*** Como foram os dias de vocês?**

MC2 comentou que nada mudou na sua rotina diária. Que BC2 chorava à noite quando queria mamar e continuava evacuando várias vezes ao dia, porém em menor quantidade. Também falou que começou a ofertar protovit e sulfato ferroso em 4x durante o período de uma hora, ou seja, dividiu o volume total em porções menores e administrou de quinze em quinze minutos, assim achou melhor a aceitação do bebê. Concordamos que foi uma boa manobra para melhor conforto de BC2.

*** Que dúvidas você necessita esclarecer?**

MC2 questionou sobre o resultado do teste pezinho, pois estava preocupada. Como já havia checado os resultados informei à mãe que seu bebê havia feito três coletas pois o nível de 17 OH – Progesterona no sangue estavam elevados. Na 1ª coleta o nível estava em 94,60 OHP; na 2ª coleta o nível já diminuía, foi de 32,40 OHP, e, na 3ª coleta nível normalizado: 16,70 OHP. Conversamos sobre a necessidade de todas estas amostras para prevenir diagnósticos tardios. MC2 ficou tranquila com o resultado.

*** E o aleitamento, como está?**

MC2 relatou amamentação exclusiva. Demonstrou satisfação com ganho ponderal de seu bebê mantendo somente aleitamento.

*** Como está o manejo canguru domiciliar?**

MC2 contou que iniciou o contato pele-a-pele após BC2 mamar. Realizou posição canguru por uma hora uma vez ao dia. Disse que PC2 também fez, mas em menor tempo e muito raramente.

Solicitei que fizesse uma avaliação de sua passagem na Neonatologia e MC2 comentou: *“tive muita dificuldade para permanecer direto com BC2 enquanto internada, ficava uma seis horas por dia, pois não tinha com quem deixar minha filha de seis anos, além do trabalho do meu marido não permitir tempo disponível para ele poder acompanhar. Me preocupei muito com uso demorado de oxigênio, mas depois fui aprendendo a esperar e ajudar meu bebê. Também acho que se eu tivesse feito mais canguru ela teria ganho peso mais rápido. Foi ótimo poder ir para casa antes de ter que esperar ganhar peso até 2 000g.”*.

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO FISIOLÓGICO

INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Amamentação exclusiva.		Bom processo de amamentação.	Incentivar o aleitamento exclusivo.
BC2 com ganho ponderal diário de 25g.		Recuperação ganho ponderal diário.	Mostrar à mãe o ganho ponderal adequado.
Resultado do teste do pezinho normal.	Necessitou coletar três amostras por níveis elevados (controle preventivo).	Necessidade controle do nível hormonal.	Orientar mãe que as duas primeiras amostras estavam com nível de OHP elevado e tendo a terceira normalizada não há necessidade de novas coletas.
Sono e repouso de BC2 dentro da normalidade.		Bom padrão atividade e descanso.	Promover ambiente adequado para bom sono e repouso do bebê.
Eliminações fisiológicas de BC2, presentes.		Caracteres e débitos normais para idade cronológica de BC2.	Reforçar que as eliminações estão dentro da normalidade de débitos e caracteres para a idade cronológica de seu bebê.
BC2 com integridade cutânea e de mucosas; boa regulação térmica.		Bom padrão proteção e regulação efetiva da temperatura.	Promover higiene para boa integridade física.

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO AUTOCONCEITO

INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Pai e mãe realizam aproximação com BC2 pelo contato pele-a-pele.		Interação familiar.	Dialogar com a mãe e estimular interação familiar.
Diminuição da ansiedade materna em relação peso de BC2.		Preocupação amenizada pois BC2 ganhou peso.	Promover amamentação exclusiva que mantém BC2 em bom ganho ponderal.

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO DA FUNÇÃO DE PAPEL

INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
MC2 realizou posição canguru. PC2 realiza cuidados de higiene e incluiu posição canguru.		Pai e mãe assumindo responsabilidades no cuidado ao bebê, inserindo posição canguru.	Incentivar a posição canguru desde que confortável ao binômio que a realiza. Incentivar os progressos nos cuidados e nas competências do casal.

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO DE INTERDEPENDÊNCIA

INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Mãe oferta carinho através de colo, falas suaves e amamentação.		Relação afetiva entre a tríade.	Dialogar com a mãe sobre as formas de dar e receber carinho, promover interação familiar.
Pai demonstra aproximação envolvendo-se nos cuidados de higiene e conforto ao bebê.			Estimular competências paternas e promover aproximação aos cuidados de BC2.

5.1.5 Apresentando o Processo de Cuidar com o Bebê Canguru 8 (BC8)

Segundo Carvalho e Fikss (2006), BC8 tem sua vibração numerológica para a expansão, fama, poder e reconhecimento. Supervisionar e dirigir negócios poderão ser a sua meta. Terá facilidade de adaptação, será dinâmico e inteligente.

A internação de BC8 tem suas peculiaridades, pois nasceu em uma maternidade particular e por necessidade de tratamento fototerápico foi transferido com 3 dias de vida para o Hospital Universitário onde não haveria gasto financeiro para os pais. Ao mesmo tempo, nascido pré-termo e de baixo peso teve uma inserção muito superficial na primeira etapa do Método Mãe-Canguru.

Chegou à Neonatologia acompanhado do pai e foi internado na sala de cuidados intermediários, onde tive com eles meu primeiro contato durante minhas atividades enquanto enfermeira assistencial. Nos oito dias que permaneceu internado os pais e bebê foram inseridos na segunda etapa do MMC, realizando cuidados, aprendendo o toque adequado, incentivo ao aleitamento materno e conhecendo o contato pele-a-pele.

Ao tomar conhecimento que BC8 iria ingressar na terceira etapa do Método Mãe-Canguru conversei com os pais sobre minha pesquisa e após seu consentimento senti maior aproximação do casal comigo. O ingresso na terceira etapa aconteceu dia 11 de janeiro de 2007.

Primeiro retorno em terceira etapa do Método Mãe-Canguru

No período vespertino de 16 de janeiro de 2007 recepcionei os pais e BC8. O casal, sempre sorridente, conversou com a equipe neonatal manifestando muita satisfação com a recuperação clínica do bebê e pelo tratamento recebido.

Com a presença do médico entramos na sala de cuidados mínimos e foi então realizada a consulta médica. A mãe despiu o bebê, o pai auxiliava segurando bolsas, alcançando fraldas e a carteira de saúde do bebê. BC8 foi pesado e estava com 1.985g, ganhou 45g/dia. Seu comprimento foi de 44 cm e seu perímetro cefálico de 32,5 cm. Com 16 dias de vida BC8 recebia amamentação exclusiva. Com boa avaliação clínica, corado, hidratado, pele e mucosas íntegras, o médico orientou retorno em dois dias. Após, realizei a consulta de enfermagem.

***Como foi o primeiro dia de vocês?**

O pai imediatamente respondeu que foi tranquilo. Comentou: *“dormi direto, estava cansado de vir ao HU chegar em casa meia noite e sair às seis horas para trabalhar, foi uma semana cansativa!”*. A mãe por sua vez falou: *“eu já não dormi bem, ia olhar para ver se estava bem, ela não chora...fica de olho aberto de madrugada e aí já sei que quer comer...acho que ela aprendeu a não chorar para não gastar energia, né?”*.

*** Que dúvidas vocês necessitam esclarecer?**

MC8 reforçou que está tudo bem e que não tem encontrado dificuldades. Neste momento o pai comentou [...] *“e o medo de fazer cólicas no bebê com o que*

tu comes?”. Foi quando MC8 confirmou que deixou de comer chocolate e pizza. Conversamos um bom tempo sobre tabus alimentares, sobre alimentação na gestação e no puerpério. Acredito que tenhamos esclarecido que os alimentos em excesso podem trazer desconforto e que é necessário manter uma boa ingestão seguindo a cadeia alimentar.

Em seguida MC8 fez um questionamento [...] *“ainda não consulte com meu médico...mas posso tomar anticoncepcional?”*. Conversamos então sobre anticoncepção, para uso adequado de anticoncepcional no período da amamentação, bem como da importância de retorno ao ginecologista. MC8 demonstrou satisfação com a possibilidade de usar anticoncepcional sem diminuir sua produção de leite materno.

Neste momento MC8 lembrou que estava tendo uma certa dificuldade em ofertar o protovit, prescrito pelo médico, para BC8. Usava colher para ofertar o medicamento porém o bebê desperdiçava grande quantidade quando era colocado em sua boca. Sugeri aos pais o uso de seringa de 1ml e disponibilizei certa quantidade para seu uso em domicílio.

*** E o aleitamento, como está?**

Os pais tranquilos e satisfeitos no processo de amamentação. Falaram com orgulho do mamar de seu bebê. MC8 disse que BC8 mama de 3/3h, raramente de 2/2h, com um tempo de mamada entre 15 a 25 minutos. Falou espontaneamente que realiza troca de peito a cada mamada, conforme aprendeu na internação, e referiu uma boa produção de leite. PC8 concordou: *“ela tem muito leite mesmo!”*.

*** Como está o manejo canguru domiciliar?**

Os pais colocaram que não conheciam este método. Como BC8 nasceu em outro hospital e internou no HU por necessidade de fototerapia eles não tiveram muita oportunidade de realizar a posição canguru, pois BC8 precisava ficar sob a luz fototerápica [...] *“só saía da luz para mamar!”*, disse MC8.

Estimulei o contato pele-a-pele desde que fosse prazeroso para o binômio. Os pais concordaram em vivenciar a experiência.

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO FISIOLÓGICO

INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Amamentação exclusiva.		Bom processo de amamentação.	Incentivar o aleitamento exclusivo.
BC8 com ganho ponderal diário de 45g.		Bom ganho ponderal.	Dialogar com os pais sobre o ótimo ganho ponderal diário.
	Dificuldades na oferta via oral do medicamento protovit gotas (prescrição médica).	BC8 pode estar recebendo menor quantidade das gotas polivitaminadas conforme prescrição médica.	Disponibilizar para os pais material necessário, seringa de 01 ml, para melhorar oferta via oral do polivitamínico prescrito pelo médico.
Sono e repouso de BC8 dentro da normalidade.		Bom padrão atividade e descanso.	Promover ambiente tranquilo para sono e repouso do bebê.
Eliminações fisiológicas de BC8, presentes.		Caracteres e débitos normais para idade cronológica de BC8.	Reforçar que as eliminações estão dentro da normalidade de débitos e caracteres para a idade cronológica de seu bebê.
BC8 com integridade cutânea e de mucosas; boa regulação térmica.		Bom padrão proteção e regulação efetiva da temperatura.	Promover os cuidados de higiene já realizados com o bebê.
	Necessidade contraceptiva.	Necessidade fisiológica para contracepção.	Dialogar e orientar o casal para método anticoncepcionais e avaliação ginecológica

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO AUTOCONCEITO

INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Pai e mãe próximos reconhecendo manifestações de BC8.		Interação familiar, percepção das expressões do seu bebê.	Dialogar com os pais e estimular interação familiar bem como suas percepções reconhecendo hábitos de seu bebê.
	Ausência contato pele-a-pele; pais pouco estimulados.	Falta de preparo no Método Mãe-Canguru.	Promover o toque e aproximação com seu bebê pela posição canguru.
	Mãe com restrições alimentares (medo de causar cólicas no bebê).	Influência de crenças/tabus alimentares.	Mostrar, dialogando, com a mãe que sua alimentação deve conter os elementos da cadeia alimentar, evitando excessos. A ingesta líquida, principalmente água e sucos, é importante.
	Preocupação do casal com anticoncepção no período do aleitamento.	Reconhecimento e valorização da amamentação e responsabilidade contraceptiva.	Orientar o casal sobre métodos anticoncepcionais adequados para o período de amamentação.

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO DA FUNÇÃO DE PAPEL

INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
	Pai e mãe não realizam posição canguru.	Ausência do papel promotor do contato pele-a-pele.	Promover e incentivar a posição canguru desde que confortável ao binômio que a realiza.
PC8 acompanha os cuidados com higiene e conforto de seu bebê.		PC8 busca integração.	Incentivar responsabilidades nos cuidados e nas competências do casal.

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO DE INTERDEPENDÊNCIA

INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Mãe com envolvimento no processo de amamentação, de toque e fala delicada com seu bebê. Pai com manifestações carinhosas com a mãe e com bebê.		Relação afetiva harmônica entre a tríade.	Dialogar com os pais sobre as formas de dar e receber carinho, promover interação familiar.

Segundo retorno em terceira etapa do Método Mãe-Canguru

No dia 19 de janeiro de 2007, os pais retornaram com BC8. Período vespertino, dia de muito calor. O casal manifestou tranquilidade em suas palavras enquanto permitiram o assédio dos profissionais do setor. Dirigimo-nos para sala de cuidados mínimos onde primeiro o médico realizou sua consulta.

BC8 com 19 dias de vida. Sob cuidados maternos foi despido para ser pesado, o pai acompanhando e comentando com o médico como seu bebê era tranquilo. Mantendo-se bem hidratado, integridade cutânea e de mucosas, estava corado. Seu peso foi de 2.085g, com ganho ponderal de 33g/dia. Comprimento de 44 cm e perímetro cefálico de 32,5 cm. Após ausculta cardíaca e pulmonar o médico solicitou que fosse mantida a amamentação exclusiva e deu alta da terceira etapa.

O casal solicitou referência médica no sistema particular, pois tinham plano de saúde privado. Sentiram-se satisfeitos ao saber que um profissional médico atuante na Neonatologia do HU também atendia pelo seu plano de saúde, já conhecendo assim seu bebê.

Terminado o diálogo com o médico, realizei a consulta de enfermagem.

*** Como foram os dias de vocês?**

Os pais fizeram um relato tranqüilo do ambiente familiar contando que BC8 dorme bem e mama regularmente. Isto contribui para o sono e repouso adequado dos pais, segundo afirmou PC8. MC8 lembrou que BC8 aceitou melhor o protovit nesta semana em que ofertou o medicamento usando uma seringa de 01ml. Nos cuidados de higiene, como o banho diário, a mãe continua realizando o cuidado, mas relata lembrando a avó paterna [...] *“ela dá banho também!”*

*** Que dúvidas vocês necessitam esclarecer?**

Os pais demonstraram preocupação com possíveis reações quando BC8 sofrer imunizações. Conversamos então sobre como controlar hipertermia e manejar irritabilidade. Reforçado o uso de banho e compressas frias em caso de distermias, ou uso de antitérmico prescrito pelo médico e, ambiente calmo e toque adequado se mudanças de humor do bebê.

*** E o aleitamento como está?**

MC8 referiu ofertar o peito conforme solicitação de BC8. Intervalo de 2h30min, boa pega e sucção de 10 a 15 minutos, intercalando peito em cada mamada. A mãe relembrou [...] *“ela não sugava bem, não tinha força, teve que vir a fono e todos os outros para ajudar enquanto estava aqui internada...hoje mama muito bem!”*

*** Como está o manejo canguru domiciliar?**

O pai logo manifestou sua participação no cuidado canguru em domicílio. [...] *“fiz canguru por uns quinze minutos, tirei porque estava muito calor, eu já estava suando e ela começou a se mexer demais!!”*

MC8 comentou que, em função dos dias muito quentes, tem somente favorecido a posição prono após as mamadas e não o contato pele-a-pele.

Solicitei uma avaliação da vivência na terceira etapa: PC8 comentou: *“valeu um monte, estar em casa, do lado da gente, a gente pode tocar mais vezes, se preocupa menos...claro, sabíamos que estava bem cuidada mas a gente sempre quer saber se está chorando, precisando de algo. Acho que o principal foi aprender a ter segurança do peito, isso satisfaz as duas, isso se aprendeu aqui.”*

MC8 avaliou falando: “em casa sem ela eu não dormia direito, gostamos muito daqui, mas ir para casa e cuidar é muito melhor...me ajudaram a amamentar, posicionar, ordenhar, fazer pega pois não tinha bico, isso me deixou tranqüila com um bebê tão pequeno!”

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO FISIOLÓGICO

INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Amamentação exclusiva.		Bom processo de amamentação.	Incentivar o aleitamento exclusivo.
BC8 com ganho ponderal diário de 33g.		Bom ganho ponderal.	Dialogar com os pais sobre o ótimo ganho ponderal diário.
Aceitação via oral, com seringa, do medicamento protovit gotas (prescrição médica).		BC8 recebendo quantidade das gotas polivitaminadas conforme prescrição médica.	Manter a oferta do polivitamínico com a seringa de 01 ml, para receber volume prescrito pelo médico.
Sono e repouso de BC8 dentro da normalidade.		Bom padrão atividade e descanso.	Promover ambiente adequado para sono e repouso.
Eliminações fisiológicas de BC8, presentes.		Caracteres e débitos normais para idade cronológica de BC8.	Reforçar que as eliminações estão dentro da normalidade de débitos e caracteres para a idade cronológica de seu bebê.
BC8 com integridade cutânea e de mucosas; boa regulação térmica.		Bom padrão proteção e regulação efetiva da temperatura.	Promover os cuidados de higiene já realizados com o bebê.

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO AUTOCONCEITO

INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Pai e mãe próximos reconhecendo manifestações de BC8.		Interação familiar, percepção das expressões do seu bebê.	Dialogar com os pais e estimular interação familiar bem como suas percepções reconhecendo hábitos de seu bebê.
Pai e mãe realizaram contato pele-a-pele		Inserção da posição canguru no cuidado ao bebê.	Incentivar os pais para promoção da posição canguru.

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO DA FUNÇÃO DE PAPEL

INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Pai e mãe realizam posição canguru.		Pais desenvolvendo seu papel no contato pele-a-pele.	Promover e incentivar a posição canguru desde que confortável ao binômio que a realiza.
Avó paterna realiza cuidados higiene para BC8.		Integração de familiar.	Incentivar responsabilidades nos cuidados entre seus familiares.

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO DE INTERDEPENDÊNCIA

INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Mãe com envolvimento no processo de amamentação, de toque e fala delicada com seu bebê. Pai com manifestações carinhosas com a mãe e com bebê.		Relação afetiva harmônica entre a tríade.	Dialogar com os pais sobre as formas de dar e receber carinho, promover interação familiar.

5.1.6 Apresentando o Processo de Cuidar com o Bebê Canguru 5 (BC5)

BC5 tem sua vibração numerológica para o desprendimento, versatilidade e esperteza o que lhe facilitará adaptação para mudanças (CARVALHO; FIKSS, 2006).

BC5 teve um acompanhante diferente de todos os outros desta pesquisa, chegou logo após seu nascimento sob o olhar da vovó materna que será identificada como AC5 (avó canguru 5). Também, diferente de todos os outros sujeitos desta pesquisa, foi o único bebê recebido, internado, por mim durante minha assistência na UTI neonatal. Assim, posso afirmar que meu primeiro contato foi com BC5, depois com AC5 e em outro dia conheci MC5.

Ao longo da internação fomos conversando sobre todas as etapas do Método Mãe-Canguru até chegar a mais esperada, ou seja, finalmente ingressar na terceira etapa. Isto aconteceu no dia 26 de janeiro de 2007, depois de 36 dias de internação, com o consentimento da mãe e da avó em participarem da minha pesquisa.

Primeiro retorno em terceira etapa do Método Mãe-Canguru

Dia 30 de janeiro de 2007, período vespertino, chegou à Unidade de Neonatologia MC5 com seu bebê. Com face tranqüila, a mãe interagiu com os profissionais de plantão e com mães ainda internadas com seus bebês. Todos queriam notícias de AC5, pois a avó participou ativamente dos cuidados a BC5 durante sua internação. MC5, sorrindo, disse que ela estava muito bem e que havia retornado ao trabalho que, por ser no horário comercial, não lhe permitia acompanhar os retornos na terceira etapa. A mãe manifestou estar ansiosa para pesagem. Então, dirigimo-nos para a sala de cuidados mínimos para realizar medidas antropométricas. Iniciei com as medidas, pois o médico estava ocupado com intercorrência na UTI.

A mãe despiu BC5 e o colocou na balança. Observei que estava corado, hidratado, pele e mucosas íntegras. Com 40 dias de vida estava pesando 1.840g, ganhou 22,5g/dia. Seu comprimento foi de 40 cm e perímetro cefálico de 32,5 cm. Anotei as medidas na carteira de saúde de BC5 enquanto o médico, já presente, avaliou ausculta cardíaca e pulmonar, não tendo alterações orientou retorno em dois dias.

Com o bebê acomodado em seu colo, conversamos iniciando a consulta de enfermagem.

*** Como foi o primeiro dia de vocês?**

MC5 recordou que ficou muito ansiosa. Colocou que mesmo tendo o apoio incondicional de sua mãe, sua acompanhante em toda internação, a responsabilidade de ter de amamentar, ou melhor, manter a produção de leite materno foi sua grande preocupação.

Na sua fala podemos perceber claramente sua preocupação [...] *“saí do hospital perto do meio dia, amamentei em casa no primeiro horário da tarde e depois já achei que meu leite ia ser pouco, que ele não ia parar de chorar de noite...tanto que perto das 20:00h ele chorou, eu chorava junto e meu leite não descia, foi aí que liguei pra você e busquei fórmula no hospital!”* Este fato realmente gerou muita ansiedade materna.

Depois de conversarmos ao telefone, solicitei que fosse (ou enviasse alguém) à Unidade de Neonatologia do HU para receber certa quantidade de leite em fórmula e permanecer tranqüila. Telefonei para a Neonatologia, falei com a médica e a enfermeira que estavam de plantão expondo a ansiedade materna e a

necessidade de lhe disponibilizar uma quantidade de fórmula. Com o apoio recebido das colegas foi encaminhado o leite, adequadamente conservado, entregue à mãe que foi pessoalmente buscá-lo. Com o leite em casa, sua ansiedade diminuiu e amamentou normalmente, sendo necessário ofertar uma vez o complemento, pois BC5 mamou, acalmou e dormiu.

Conversamos sobre suas preocupações e percebi em MC5 o medo de “perder” seu bebê visto ter sido fruto de concepção gemelar, parto prematuro devido óbito do 1º gemelar. MC5 falou: *“soube que eram gêmeos desde o primeiro mês. Depois do parto sempre tive medo de perder o que tinha nascido...quando fui pra casa acho que a preocupação se eu ia saber cuidar dele ou não e de ter que ter leite pra ele sobreviver me deixou em crise nervosa...foi só ter o leite de fórmula em casa que me acalmei.”*.

*** Que dúvidas você necessita esclarecer?**

A mãe relatou presença de secreção ocular em BC5, olho direito. No momento da consulta não foi observada secreção Solicitei a presença do médico e em conjunto orientamos para manter boa higiene ocular com SF0,9%. Fornecemos gaze e solução fisiológica. Em caso de aumentar a secreção solicitamos para que entrasse em contato com a equipe saúde. Reforcei a possibilidade de entrar em contato comigo, via telefone, assim como fez quando sentiu medo de diminuir produção leite materno.

Indaguei à mãe se ela estava ofertando os medicamentos prescritos pelo médico no seu ingresso na terceira etapa. MC5 respondeu afirmativamente e não referiu qualquer dificuldade na oferta via oral.

*** E o aleitamento como está?**

MC5 segue com amamentação exclusiva. BC5 faz intervalos de 2h30min a 3 horas, com tempo de mamada de 10 a 20 minutos, segundo informações da mãe.

*** Como está o manejo canguru domiciliar?**

Segundo MC5 a posição canguru é realizada por ela e pela avó canguru [...] *“..quase brigamos, pois a mãe quer fazer todo tempo que está em casa, e eu digo a ela que ele precisa dormir.”* A mãe relatou que a avó é cuidadosa em manter a casa sem barulhos para o bebê dormir.

Questionei do tempo em permanência canguru e a mãe respondeu que geralmente segue como fazia no hospital [...] “às vezes é meia hora e outras passa de 01 hora, faço depois das mamadas!”[...]“é muito bom porque ele respira fundo, fica quietinho, olhando pra mim!”.

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO FISIOLÓGICO

INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Amamentação mantida.		Manutenção do processo de amamentação.	Incentivar o aleitamento exclusivo.
BC5 recebe medicação (protovit e sulfato ferroso) conforme prescrição médica.		Gotas polivitamínicas e sulfato ferroso são administrados via oral.	Orientar a mãe sobre a importância da oferta polivitamínica e sulfato ferroso para seu bebê, pois auxiliam na manutenção fisiológica mantendo o bom funcionamento dos processos metabólicos.
	Mãe relatou presença secreção ocular em BC5.	Provável serosidade ocular matinal.	Orientar higiene ocular.
BC5 com ganho ponderal diário de 22,5g.		Bom ganho ponderal.	Mostrar à mãe o ganho ponderal adequado.
Sono e repouso de BC5 dentro da normalidade.		Bom padrão atividade e descanso.	Orientar a mãe quanto necessidade de manter ambiente tranquilo para o sono e repouso de seu bebê.
Eliminações fisiológicas de BC5, presentes.		Caracteres e débitos normais para idade cronológica de BC5.	Reforçar que as eliminações estão dentro da normalidade de débitos e caracteres para a idade cronológica de seu bebê.
BC5 com integridade cutânea e de mucosas; boa regulação térmica.		Bom padrão proteção e regulação efetiva da temperatura.	Promover higiene para boa integridade física.

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO AUTOCONCEITO

INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
	Medo de não manter boa produção de leite materno.	Sentimento gerado quando foi para casa, sendo responsável em produzir o leite para seu bebê.	Dialogar com a mãe e lembrar de sua capacidade produtiva já acompanhada durante a segunda etapa do Método Mãe-Canguru, onde o volume ofertado como complemento após as mamadas era seu leite materno ordenhado.
	Medo de morte de seu bebê.	Preocupação paralela com sua capacidade de alimentar BC5. Insegurança ma-	Conversar sobre perdas, sentimento de medo da morte e orientar que o serviço

		terna gerada pela morte do 1º gêmeo intra-útero.	de psicologia pode lhe servir de apoio também durante a terceira etapa.
Busca da mãe pela enfermeira/pesquisadora em momento de angústia e preocupação c/ leite para BC5.		Reação/preparação para enfrentar situação de risco para cuidar de BC5.	Dialogar e fortalecer suas buscas com profissionais responsáveis pela terceira etapa.

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO DA FUNÇÃO DE PAPEL

INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
MC5 e AC5 realizam posição canguru.		Mãe e avó assumindo responsabilidades no cuidado ao bebê, inserindo posição canguru.	Incentivar a posição canguru desde que confortável ao binômio que a realiza. Incentivar os progressos nos cuidados e nas competências entre familiares.
	Pai de BC5 ausente.	Papel paterno ausente e sua aproximação não é estimulada por MC5.	Dialogar sobre paternidade e sentimentos de MC5 frente à ausência do apoio paterno.

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO DE INTERDEPENDÊNCIA

INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
MC5 realiza carícias e falas suaves com seu bebê.		Relação afetiva entre mãe e familiares com BC5.	Dialogar com a mãe sobre as formas de dar e receber carinho, promover interação familiar.
AC5 realiza manejo choro de BC5 através de colo, contato pele-a-pele, e promovendo ambiente tranquilo.		AC5 promove harmonização afetiva e ambiental	Incentivar presença AC5 em próxima consulta.

Segundo retorno em terceira etapa do Método Mãe-Canguru

MC5 chegou ao setor com BC5, no período vespertino do dia 02 de fevereiro de 2007. Interagiu com a equipe que se aproximou e comentou, demonstrando orgulho de seu bebê, o quanto ele continuava mamando bem.

Com a presença do médico, entramos na sala de cuidados mínimos, a mãe tirou as roupas do bebê e ele foi pesado. Estava corado, também hidratado, com a pele e as mucosas úmidas e íntegras. Com 43 dias de vida, peso de 1.870g, ganhou 10g/dia. Comprimento de 41cm e perímetro cefálico de 33cm. Avaliação cardíaca e pulmonar feitas, o médico pediu para manter amamentação, dizendo que o ganho

ponderal diário diminuiu em relação à última pesagem, mas que estava dentro do limite. MC5 deve retornar em três dias.

Continuei com MC5 e seu bebê na consulta de enfermagem.

*** Como foram os dias de vocês?**

MC5 logo comentou que a secreção ocular de BC5 diminuiu com a higiene com solução fisiológica. Reforçou que estava amamentando, porém com queixa de dor na mama direita quando BC5 sugava. Ao exame físico observei pequeno trauma no mamilo. Conversamos e a mãe concordou em aplicar compressas de chá preto no peito (este chá tem efeito cicatrizante), realizar banho de sol na mama e proteger o peito com bico de silicone se a dor persistisse e a lesão aumentasse. Também reforcei o correto posicionamento do bebê durante amamentação.

MC5 referiu que seu bebê chorava durante a madrugada. Nestes momentos a avó canguru realizava cuidados de massagem abdominal e MC5 relatou que em algumas vezes BC5 liberava muitos gases ou evacuava. Segundo a mãe, acreditava que seu bebê estava iniciando com as cólicas, comuns aos bebês.

A mãe também comentou que o pai de BC5 entrou em contato para conhecer e visitar o bebê. Segundo MC5: *“nossa relação não é amigável”*. A visita do pai aconteceu e quem permaneceu junto com BC5 foi o irmão de MC5 (tio materno de BC5).

*** Que dúvidas você necessita esclarecer?**

MC5 indagou sobre a necessidade das imunizações. Orientei o esquema básico e a necessidade de ganhar mais peso para receber a BCG.

*** E o aleitamento como está?**

Amamentação mantida, respeitando intervalos de 3/3h. MC5 estava com um pequeno trauma no mamilo direito o que, segundo ela, gerava dor e desconforto materno durante as mamadas neste peito.

*** E o manejo canguru domiciliar como está?**

Segundo MC5 a avó materna realizava contato pele-a-pele por aproximadamente uma hora, uma vez ao dia. A mãe diminuiu o tempo na posição canguru, permanece até 15 min, três vezes ao dia.

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO FISIOLÓGICO

INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Amamentação mantida.		Manutenção do processo de amamentação.	Incentivar o aleitamento exclusivo.
	Ganho ponderal diário de 10g.	Ganho ponderal diário limítrofe.	Dialogar sobre o ganho ponderal limítrofe porém dentro das oscilações esperadas e consideradas normais.
	Dor e desconforto materno durante amamentação.	Trauma no mamilo.	Orientar cuidados com a mama para prevenir aumento do trauma em mamilo, posicionar corretamente seu bebê para sugar o peito, promover exposição das mamas ao sol em curto período (10 minutos) e horário adequado (até as 10:00h ou após as 16:00h).
	Choro de BC5 (madrugada).	BC5 pode estar com retenção de gases provocando desconforto.	Reforçar contato pele-a-pele em momentos de choro de BC5, bem como massagens abdominais e flexão de membros inferiores sobre abdômen para liberação de gases.
Sono e repouso de BC5 dentro da normalidade.		Bom padrão atividade e descanso.	Promover ambiente tranquilo para o sono e repouso de seu bebê.
Eliminações fisiológicas de BC5, presentes.		Caracteres e débitos normais para idade cronológica de BC5.	Reforçar que as eliminações estão dentro da normalidade de débitos e caracteres para a idade cronológica de seu bebê.
BC5 com integridade cutânea e de mucosas; boa regulação térmica.		Bom padrão proteção e regulação efetiva da temperatura.	Promover higiene para boa integridade física.

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO AUTOCONCEITO

INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
	Medo materno de não compreender choro de BC5.	Sentimento de insegurança, necessidade de apoio de familiar.	Dialogar com a mãe e lembrar de sua capacidade de lidar com o nascimento prematuro de seu bebê e do apoio incondicional de sua mãe.

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO DA FUNÇÃO DE PAPEL

INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
MC5 e AC5 realizam posição canguru.	MC5 diminui o tempo em posição canguru.	Mãe e avó mantendo responsabilidades no cuidado ao bebê.	Incentivar a posição canguru desde que confortável ao binômio que a realiza. Incentivar os progressos nos cuidados e nas competências entre familiares.
Pai de BC5 foi visitar e conhecer seu bebê.	MC5 não interagiu com PC5 durante visita.	Conflito de papéis entre os pais.	Dialogar sobre sentimentos de MC5 frente à aproximação de PC5.

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO DE INTERDEPENDÊNCIA

INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
MC5 realiza carícias e falas suaves com seu bebê.		Relação afetiva com bebê.	Dialogar com a mãe sobre as formas de dar e receber carinho, promover interação familiar.
AC5 realiza manejo do choro de BC5 através de colo, contato pele-a-pele, e promovendo exercícios de massagem.		AC5 presente e ativa na harmonização afetiva e ambiental.	Incentivar presença AC5 nos cuidados.

Terceiro retorno na terceira etapa do Método Mãe-Canguru

Dia 06 de fevereiro de 2007, período vespertino, MC5 chega à Unidade de Neonatologia com BC5 e na companhia de uma vizinha, adolescente, considerada amiga da família.

Em seguida foi realizada consulta médica, na sala de cuidados mínimos. Com 46 dias de vida, BC5 pesou 1.930g, ganhou 15g/dia. Comprimento de 42 cm e perímetro cefálico de 34 cm. Terminada a avaliação clínica o médico reforçou para manter amamentação e retornar em dois dias. Observei que BC5 mantinha boa integridade cutânea e de mucosas, bem como estava hidratado e corado.

Neste dia, após a mãe ter acomodado e vestido seu bebê, fomos para a sala de reuniões da Unidade. Como havia bebês internados na sala de cuidados mínimos procurei diminuir interferências e constrangimentos à MC5 durante nosso diálogo.

*** Como foram os dias de vocês?**

MC5 comentou que BC5 estava sem evacuar há 5 dias e demonstrou preocupação. Questionei como lidou com a situação. A mãe respondeu [...] *“bem ele acalmou das cólicas quando fiz o canguru...mas eu também estou usando homeopatia para gases, foi o pediatra particular que deu”*. Questionei o nome do remédio e a mãe não soube informar, ficou de trazer na próxima consulta. Ao exame BC5 apresentava abdômen flácido, sem relevo de alças. Realizei massagem abdominal e estímulo para evacuar, BC5 eliminou uma pequena quantidade de fezes semi-liquidas. Orientei para que a mãe fizesse compressas mornas no abdômen de BC5 no caso de suspeitar de cólicas.

*** Que dúvidas você necessita esclarecer?**

MC5 questionou o uso de chupeta para acalmar BC5. Conversamos sobre o manejo que vem utilizando até o momento para acalmar o choro de seu bebê como toque adequado, contato pele-a-pele, massagem abdominal, fala de carinho. A mãe colocou que: *“é difícil lidar com o choro, de repente ele nem aceita a chupeta, pois não aceitou o peito com bico de silicone...”*. Orientei que a maturação do trânsito intestinal envolve estes contratempos e reforcei que seus cuidados estavam adequados para a realidade de seu bebê.

*** E o aleitamento como está?**

A mãe mostrou-se satisfeita com o processo de amamentação exclusiva. Seu desconforto causado pelo trauma em mamilo diminuiu, pois as compressas de chá preto no mamilo traumatizado auxiliaram na cicatrização. Não fez banho de sol nas mamas, pois argumenta não ter local adequado em casa.

BC5, segundo a mãe, mama regularmente com boa pega e sucção, mantendo seu tempo de 10 a 20 minutos de mamadas. BC5 não aceitou mamar no peito traumatizado protegido com bico de silicone, a mãe não insistiu!

*** E o manejo canguru domiciliar como está?**

A mãe reafirmou manter o contato pele-a-pele principalmente após as mamadas. Questionada do tempo, respondeu [...] *“não fico muito tempo por causa dos dias quentes, mais ou menos uns quinze minutos, minha mãe que faz uma hora*

quando chega em casa! Também fiz canguru para ver se conseguia parar o choro de cólicas...aos poucos ele acalmou!”.

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO FISIOLÓGICO

INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Amamentação mantida.		Manutenção do processo de amamentação.	Incentivar o aleitamento exclusivo.
Ganho ponderal diário 15g.		Ganho ponderal diário adequado.	Mostrar o bom ganho ponderal saindo do ganho diário limítrofe.
Regressão do trauma no mamilo.		Diminuição do desconforto materno durante amamentação.	Conversar com a mãe promovendo sua interação que permaneceu mesmo com desconforto em mama traumatizada (mamilo) e seu bebê não aceitando mamar sem bico de silicone para proteção deste mamilo.
BC5 com abdômen flácido.	BC5 sem evacuar há 5 dias. Ofertado ao bebê medicação homeopática para gases.	BC5 pode estar com pouca produção de massa fecal, pois recebe somente leite materno e mantendo uma boa absorção enteral.	Dialogar e reforçar que as eliminações estão dentro da normalidade de débitos e caracteres para a idade cronológica de seu bebê. Reforçar que o período de cinco dias sem evacuar está dentro da normalidade para bebês que somente mamam ao peito, e, que ao exame físico seu bebê está com abdômen sem alterações. Solicitar para que traga o remédio homeopático no próximo retorno.
Diurese de BC5 presente.		Caracteres e débitos urinários normais para idade cronológica de BC5.	Conversar com a mãe sobre o bom débito urinário.
	Choro persistente de BC5 (madrugada).	Pode estar relacionado com alterações estressantes de processo familiar (ausência do pai e dependência materna do cuidado de AC5).	Conversar com a mãe sobre seus sentimentos e humores frente choro do bebê.
BC5 concilia sono criando seus próprios horários.	Transtornos de sono na madrugada, bebê inquieto e choroso.	Alterações do sono podem estar relacionadas com ansiedade materna frente ao horário da madrugada gerando um inadequado manejo do choro do bebê.	Dialogar com a mãe sobre suas emoções e mudanças de comportamento durante o período noturno o que pode lhe causar fadiga e dificultar no manejo adequado durante choro de BC5
BC5 com integridade cutânea e de mucosas; boa regulação térmica.		Bom padrão proteção e regulação efetiva da temperatura.	Promover higiene para boa integridade física.

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO AUTOCONCEITO

INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
	Ansiedade materna quando BC5 chora, desejo de introduzir chupeta.	Crença cultural influenciando a mãe.	Dialogar com a mãe buscando diminuir seu estresse com o choro de seu bebê, lembrar sua fala contando que fez posição canguru quando BC5 chorou e que aos poucos ele acalmou-se.
	Preocupação materna com ausência da evacuação de BC5.	Sentimento gerado por déficit de eliminação fecal de BC5.	Conversar sobre a alimentação de BC5 e sua relação com elaboração enteral. Provavelmente, seu bebê irá evacuar sempre que for alimentado. Porém, com o amadurecimento do intestino, o número de evacuações diminuirá um pouco. O leite materno é formulado com tanta perfeição e o corpo do bebê é tão eficiente para utilizar o que consome que é comum que mame no peito e deixe de evacuar alguns dias. As fezes do bebê amamentado são, em grande parte, muco e alguns coalhos remanescentes do leite materno.

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO DA FUNÇÃO DE PAPEL

INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
MC5 e AC5 realizam posição canguru.	MC5 diminui o tempo em posição canguru.	Mãe e avó mantendo responsabilidades no cuidado ao bebê.	Incentivar a posição canguru desde que confortável ao binômio que a realiza. Incentivar os progressos nos cuidados e nas competências entre familiares.
	MC5 levou BC5 para consultar com pediatra particular.	Interferência na conduta médica.	Conversar com a mãe e expor a necessidade de colocar o uso de todos os medicamentos aos médicos neonatologistas do HU que acompanham BC5 na terceira etapa.

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO DE INTERDEPENDÊNCIA

INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
MC5 realiza carícias e falas suaves com seu bebê.		Relação afetiva da mãe com bebê.	Dialogar com a mãe sobre as formas de dar e receber carinho, promover interação familiar.
AC5 realiza manejo do choro de BC5 através de colo, contato pele-a-pele, e promovendo exercícios de massagem.		AC5 presente e ativa na harmonização afetiva e ambiental.	Incentivar presença AC5 nos cuidados

Quarto retorno em terceira etapa do Método Mãe-Canguru

Turno vespertino de 09 de fevereiro de 2007, MC5 chegava à Neonatologia com BC5. Acompanhando os dois retornou a vizinha amiga de MC5, a qual demonstrou manter relações de afeto com o binômio.

MC5 pediu para amamentar seu bebê antes das consultas, pois ele estava inquieto e estava no seu horário de mamar. Enquanto amamentava verbalizou sua ansiedade pela pesagem, pois esperava receber alta da terceira etapa. Depois de quinze minutos, BC5 satisfeito e tranquilo, dirigimo-nos para as aferições na sala de cuidados mínimos. Com o médico auxiliando nas medidas, registramos peso de 2.010g, ganho ponderal de 26,6g/dia. O comprimento foi de 42 cm e o perímetro cefálico de 34 cm. BC5 estava corado, bem hidratado, olhar vivo, mucosas e pele íntegras. A conduta médica foi de alta da terceira etapa do Método Mãe-Canguru com encaminhamento ao ambulatório de pediatria para as consultas posteriores. BC5 estava com 49 dias de vida.

Na seqüência, realizei a consulta de enfermagem.

* Como foram os dias de vocês?

MC5 logo retirou de sua bolsa o remédio homeopático que tem usado para cólicas. Solicitei que esperasse um pouco e fui chamar o médico. O uso de Lycopodium em álcool 5% (3gts 3x/dia) foi suspenso segundo orientação do neonatologista. O neonatologista orientou a mãe dos riscos da ingesta do medicamento composto de álcool podendo afetar o desenvolvimento cerebral de BC5. A mãe aparentou preocupação e demonstrou entendimento para suspender o uso do medicamento.

MC5 falou novamente sobre sua insegurança em momentos de choro de BC5 [...] *“quando ele chora de cólica, não fico perto porque choro junto, a mãe é que cuida...dá colo e faz massagem, isso acontece mais de madrugada...”*.

Ao exame BC5 apresenta abdômem flácido, sem relevo de alças. Segundo relato da mãe, BC5 tem evacuado em pequena quantidade, porém não diariamente.

*** Que dúvidas você necessita esclarecer?**

A mãe diz não ter dúvidas. Comentou que pretende viajar, visitar alguns parentes, com BC5 assim que possível.

No entanto, pretende realizar primeiro as vacinas em BC5.

*** E o aleitamento como está?**

MC5 confirmou amamentação exclusiva. BC5 faz os mesmos intervalos entre as mamadas, mantendo 2h 30 min. Tempo de mamada efetiva ao peito de 20 a 30 minutos, segundo a mãe.

*** E o manejo canguru domiciliar como está?**

A posição canguru ainda é realizada segundo depoimento da mãe. A avó também permanece participando do cuidado. MC5 comentou que seu irmão também realizou posição canguru, mas como isto lhe gerou ansiedade MC5 não permitiu que seu irmão ficasse com o bebê por muito tempo. [...] *“fiquei com medo dele não fazer direito”*. Conversamos sobre a importância da participação do irmão demonstrando afeto ao bebê, que a vigília da mãe poderia continuar para sua segurança e conforto.

Solicitei a avaliação de MC5 na alta da terceira etapa.

MC5 comentou: [...] *“entrar na UTI para ver meu bebê foi muito difícil, chorei muito, o bom foi que minha mãe pode me acompanhar sempre. Graças a Deus ele não ficou grave, foi preciso ter paciência e aprender como cuidar e pegar ele. Depois que saiu da UTI a gente fica com pressa de ir embora e tinha dias que ele não mamava direito aí eu chorava, mas tive ajuda de vocês e da psicologia. Quando estava perto do peso de ir para terceira etapa a torcida foi grande e a alegria de ir com ele para casa foi enorme mas, tive muito medo de não saber se eu ia conseguir cuidar dele sozinha...o bom é que moro perto do hospital, até o primeiro dia que fiquei nervosa e não consegui amamentar, liguei prá você, vim*

no HU, me deram o leite de fórmula e isso me tranqüilizou muito, depois acho que foi tudo bem. Minha família me ajudou muito”.

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO FISIOLÓGICO

INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Amamentação mantida.		Manutenção do processo de amamentação.	Incentivar o aleitamento exclusivo.
Ganho ponderal diário de 26,6g.		Ganho ponderal adequado.	Conversar e mostrar à mãe o bom ganho ponderal diário com amamentação exclusiva.
BC5 evacuando em pequena quantidade (não diariamente) débito urinário sem alterações.		Eliminações com caracteres e débitos normais para idade cronológica de BC5.	Dialogar e reforçar que as eliminações estão dentro da normalidade de débitos e caracteres para a idade cronológica de seu bebê.
	Transtornos de sono na madrugada, bebê inquieto e choroso.	Alterações do sono podem estar relacionadas com maturação gastrointestinal.	Dialogar com a mãe sobre suas dificuldades com manejo do choro persistente de seu bebê durante horários da madrugada e sobre fase de maturação intestinal de BC5.
BC5 com integridade cutânea e de mucosas; boa regulação térmica.		Bom padrão proteção e regulação efetiva da temperatura.	Promover higiene para boa integridade física.

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO AUTOCONCEITO

INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
	Ansiedade materna quando BC5 chora, mãe chorando junto com bebê.	Mãe emocionalmente debilitada.	Dialogar com a mãe buscando diminuir seu estresse com o choro de seu bebê. Promover o bom desenvolvimento e crescimento de BC5.
	Preocupação materna com homeopatia que ofertou à BC5.	Sentimento gerado por colocações do médico neonatologista contrário ao uso de medicamento composto de álcool em bebês.	Conversar sobre diferentes condutas médias respeitando escolhas maternas. Reforçar para não usar medicamento homeopático.
	Insegurança materna em permitir que seu irmão realize posição canguru.	Medo de cuidado inadequado.	Promover inserção de seu irmão no cuidado do contato pele-a-pele.

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO DA FUNÇÃO DE PAPEL

INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
MC5 e AC5 realizam posição canguru.		Mãe e avó mantendo responsabilidades no cuidado ao bebê.	Incentivar a posição canguru desde que confortável ao binômio que a realiza.
Tio (materno) realizou posição canguru.		Inserção de familiar no contato pele-a-pele.	Incentivar a permanência da posição canguru nos cuidados e nas competências entre familiares.
AC5 assume manejo adequado quando BC5 chora (madrugada).		Interação familiar como apoio às necessidades da mãe e bebê.	Promover interação familiar.

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO DE INTERDEPENDÊNCIA

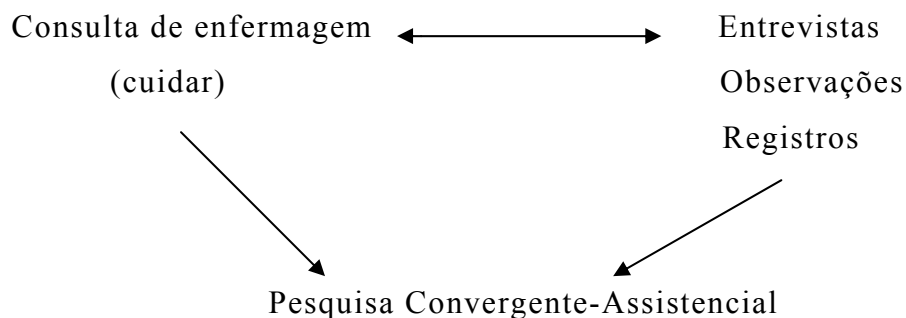
INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
MC5 realiza carícias e falas suaves com seu bebê.			Dialogar com a mãe sobre as formas de dar e receber carinho, promover interação familiar.
AC5 realiza manejo do choro de BC5 através de colo, contato pele-a-pele, e promovendo exercícios de massagem.			Incentivar presença AC5 nos cuidados.
Tio demonstrando afeto e realizando posição canguru.			Incentivar presença do tio nos cuidados.



6 CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMEIRA NO CUIDADO ADAPTATIVO DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO E/OU DE BAIXO PESO NA TERCEIRA ETAPA DO MÉTODO MÃE-CANGURU

Ao me inserir como enfermeira no processo de cuidar na prática assistencial e desenvolvendo este estudo enquanto pesquisadora ocorreu um constante crescimento e envolvimento com a Pesquisa Convergente-Assistencial, trazendo contribuições para com as ciências humanas através das intervenções de apoio, de otimismo, de dedicação e amor, idéias e conceitos em ação como causa e efeito, intervenção e resultado, essenciais para um salto qualitativo.

A seguir apresento uma representação gráfica da relação direta entre a consulta de enfermagem, as entrevistas, as observações, os registros e, a PCA.



No envolvimento diário do processo de cuidar abstraí lições de vida das mães e familiares, de enfrentamento, de adaptações originadas por estímulos, ora focais, ora contextuais, num processo de retroalimentação complexo como vivenciei ser a teoria de adaptação de Roy. A teórica lança desafios de criatividade para nós enfermeiros e de apuração do olhar para o cuidar do ser humano além do físico e do verbalizado, mas conduz sabiamente a nossa interação no processo como articuladores para o bem estar, promovendo a integridade da pessoa no momento que busca, ou não, a adaptação.

A cada aproximação minha com as famílias revalorizei o ato de escutar e me realizei com a naturalidade com a qual buscam aprender através da expressão de sentimentos ambíguos, como medo ou felicidade, e então pontuei o cuidado na demanda necessária. Os sujeitos envolvidos nos escutam e absorvem conhecimento até do nosso olhar, assim desenvolvem potencialidades inatas ou adormecidas. Pai, mãe e familiares não procuram o isolamento. Eles, na terceira etapa, onde são os atores principais, querem desenvolver competências e focam a enfermeira nesta busca, e isto é gratificante, muitas vezes trabalhoso, mas sempre gratificante. É sentir de fato a vibração do cuidado adaptativo.

Aprendemos tanto o quanto o toque adequado, suave e confortador, beneficia o RN e, por que então desenvolvê-lo somente nas etapas intra-hospitalares? O processo precisa ser de continuidade na desospitalização precoce. É preciso ir além das aferições pondero-estaturais ou avaliação clínica. A enfermeira precisa se conhecer, lidar com suas próprias emoções, transpor o tecnicismo e ter um discernimento apurado no processo cuidativo nesta fase ambulatorial, é um exercício de respeito às crenças, limitações ou até de inteligentes posturas ou conhecimentos de algumas famílias.

No momento em que me permiti aceitações, por exemplo, de valores trazidos pelas mães e familiares, exercitei o apoio, mas percebi que, neste exato momento, eu inseria a articulação de papéis, construção de metas e avaliação conjunta proposta por Roy e o resultado foi um só: interação e crescimento.

Conforme os recém-nascidos acompanhados neste estudo, na realidade do HU/UFSC, o peso dos bebês na alta é de 1.750g a 1.900g, idade gestacional corrigida de 34s1d a 39s1d, mamando ao peito e em alguns casos com complemento, o primeiro retorno acontece dentro de 72 a 120 horas e a frequência das consultas é de duas por semana até o peso de 2.000g. Estes dados são registrados em formulário específico da terceira etapa do MMC (Anexo 1), mas senti falta de mais riquezas nas anotações que nos permitam uma leitura mais próxima da realidade de cada família.

Proponho recriar o formulário inserindo dados como realização do Canguru (< 6horas/dia – 6 a 12 horas/dia – > 12 horas/dia); ganho ponderal diário; condutas em curso (medicações); imunizações; rede social de apoio; visita domiciliar e na alta identificar o ambulatório de desenvolvimento (alto risco ou baixo risco).

Promover a inserção do enfermeiro na terceira etapa do Método Mãe-Canguru foi antes de qualquer resultado uma realização profissional. O aprofundamento analítico das fontes teórico-filosóficas que dão sustentação ao modelo de adaptação de Roy, possibilitou-me o exercício da reflexão, permitindo uma melhor compreensão e apropriação da matriz conceitual do referido modelo.

Investigar as experiências no processo de adaptação de mães e familiares especificamente na terceira etapa do Método Mãe-Canguru me remete a explicação de Ceccheto (2002) que argumenta que a atenção Mãe-Canguru questiona abertamente a atitude paternalista da equipe de profissionais que cuidam dos recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso e as rotinas com que se tem praticado os cuidados, porque a sua implantação exige uma redefinição dos papéis sociais já estipulados. Refere que o âmago do conflito está na luta dos movimentos de humanização perinatal contra um esquema profissional que pratica uma modalidade de atenção que se apodera da vida dos pais e dos recém-nascidos, não compartilhando decisões.

O processo de cuidar desenvolvido na instituição em que estou inserida como enfermeira assistencial gerou movimentos de ir e vir além do habitual, aflorou diálogos entre colegas de trabalho, criou expectativas de mudanças mesmo em terrenos adversos ao que esperamos ter para desenvolver o Método Mãe-Canguru.

Vivenciei aceitação, satisfação, retive informações, selecionei idéias, criei implementando, coletando e identificando nas categorias resultantes do processo de compreensão o aflorar do exercício da enfermagem além da fase intra-hospitalar, contribuindo com o movimento contínuo de humanização para incorporação do recém-nascido como um indivíduo, incluso socialmente em uma família, agente da promoção de sua própria saúde, que permite que seus representantes legítimos defendam os seus melhores interesses.

Acredito que este movimento no processo de cuidar com a lapidação teórica através do estudo contribuiu para articular minha participação no Método Mãe-Canguru na desospitalização precoce, aproximando a família e o bebê, e principalmente, resignificando a produção ambulatorial.



7 VIVÊNCIAS DE FAMÍLIAS EM RELAÇÃO AO CUIDADO ADAPTATIVO DE SEUS RECÉM-NASCIDOS PRÊ-TERMO E/OU DE BAIXO PESO

Apresento neste capítulo três categorias primárias onde faço uma discussão das representações que convergiram do meio-tempo entre a desospitalização precoce e o primeiro retorno na terceira etapa do Método Mãe-Canguru, analiso as vivências que contribuíram com a adaptação cuidativa e as que provocaram circunstâncias (des)adaptativas nas vivências dos sujeitos deste estudo. As sub-categorias relevantes encontradas nesta pesquisa nos aproximam das interfaces do cotidiano domiciliar de mães e familiares ao levarem seu bebê para casa ainda com baixo peso.

7.1 CATEGORIAS CONVERGENTES DO MEIO-TEMPO ENTRE A DESOSPITALIZAÇÃO PRECOCE E O PRIMEIRO RETORNO NA TERCEIRA ETAPA DO MMC

Sob este enfoque conseguiu-se extrair cinco sub-categorias convergentes, assim denominadas: 1) **Valorando o aleitamento materno**; 2) **Percebendo necessidades de manejo com RN**; 3) **A felicidade e o medo ao sair do hospital**; 4) **Primeira noite nenhuma mãe dorme**; 5) **Reconhecendo e ativando cuidados**.

7.1.1 Valorando o Aleitamento Materno

Eles desospitalizaram com idade gestacional corrigida¹⁰ acima das 34 semanas e um dia, clinicamente estáveis e capazes de sugar o peito materno a cada

¹⁰ Segundo Lopes e Lopes (1999) a idade corrigida é a idade pós-natal menos o número de semanas que a criança foi prematura (diferença entre 40 semanas e a idade gestacional ao nascimento). A idade corrigida deve ser utilizada para acompanhar o crescimento pondo-estatural e o desenvolvimento motor até os 18 meses de idade.

3 horas. E, embora a mãe seja a responsável pela manutenção da lactação, o aleitamento envolve todo o contexto familiar, pela proximidade e pelo convívio diário.

Assim, sentir-se acolhida pela família poderá influenciar positivamente para que a mãe mantenha sua produção de ocitocina reforçando a boa fisiologia da amamentação ao peito. Segundo Brasil (2002), a prolactina produz o leite nos alvéolos por meio da liberação de reflexos produzidos pela sucção, um reflexo somático. A ocitocina, responsável pela descida do leite é liberada por um reflexo somato-psíquico: sucção ao peito de uma mãe que deverá estar calma, informada, acolhida.

Dos seis bebês deste estudo somente dois receberam alta precoce com complemento fórmula, um com complemento de leite materno ordenhado, caso fosse necessário. Uma mãe com gemelares, ambas amamentadas, porém somente uma foi pré-termo e de baixo peso. E, se considerarmos o desenvolvimento fisiológico do reflexo de busca, com 34 semanas ele será rápido, complexo e duradouro o que contribui para um bom processo de amamentação.

Para as mães e pais envolvidos a importância do aleitamento materno foi evidente, pois sua efetividade foi logo trazida nas suas falas iniciais quando retornaram para sua primeira consulta em terceira etapa do MMC. A amamentação também sobressaiu na necessidade de amamentar gemelares como foi o caso da Mãe Canguru 1, em bom processo de aleitamento exclusivo.

No entanto, o significado de amamentar apresentou-se de forma diferenciada para um casal. Na sua oscilação humoral, a mãe detinha inseguranças de enfrentamento que ficaram mais fragilizadas pela experiência da prematuridade.

Ao me aproximar deste casal durante a hospitalização de seu bebê, deparei-me com a fala de Mãe-Canguru 7: “[...] *obstetra simplesmente me disse: seu bebê tem poucas chances de sobreviver. Isso me abalou demais...sou sofredora da síndrome do pânico, exagerada em tudo...tenho certeza, enfermeira, que muitos da Neo vão jogar sal grosso atrás de mim quando eu for embora...*”.

Pautada em uma visão holística de minha própria concepção humana e da teórica Roy (1984), onde a pessoa é vista como um sistema que tem a capacidade de criar mudanças para se adaptar ao ambiente, onde a capacidade de criação dessas mudanças é o nível de adaptação da pessoa, percebi estar diante de um

sujeito singular, necessitando adaptar-se diariamente às novas condições experienciadas enquanto mãe de recém-nascido pré-termo e de baixo peso.

E, apesar do acolhimento e presença do seu companheiro e pai do Bebê Canguru 7, as dificuldades internas desta mãe indicavam para a descontinuidade do aleitamento. Os sinais de amamentar a qualquer resmungar do seu bebê, sem intervalo mínimo próximo de 3 horas, ofertar complemento em chucha, e sentir-se mais tranqüila vendo o volume ofertado em chucha, me sinalizaram alertas.

Permaneci atenta, aberta ao diálogo e aproximação, para poder trabalhar em todas as possibilidades durante a terceira etapa na valoração do ato de amamentar.

7.1.2 Percebendo necessidades de Manejo com RN

Dentro das primeiras 24 horas após a desospitalização do primeiro RN acompanhado neste estudo um telefonema da mãe deste bebê me chamou a atenção para o manejo com a temperatura ideal em que deveria mantê-lo. Perceba, leitor, na sua fala: *“mantenho BC7 bem enrolado, estava com temperatura axilar de 37.1°C”*.

O que para nós profissionais pode parecer óbvio, enquanto detentores do cuidado, é lábil para uma mãe de recém-nascido de baixo peso desospitalizado precocemente, “apoderando-se” do manejo em seu domicílio. Se durante a hospitalização os pais ouvem, e o que ouvem eles “capturam”, que a forma de manejo, de manuseio, deve ser adequada, pois pode levar o RN ao estresse fisiológico e a um desconforto generalizado. Manter controle da temperatura é uma percepção de cuidado adaptativo.

Estar clinicamente estável inclui sinais vitais estáveis o que favorece seu ingressar na terceira etapa somando com um bom ganho ponderal diário e mamando ao peito. Reorientar mãe, pai e familiares no momento da desospitalização sobre leitura de termômetro, medição em região axilar, e que o ideal é manter o bebê numa faixa de temperatura corporal entre 36.5°C a 37.5°C é fundamental para que percebam que seu filho já tem uma boa atividade metabólica em produzir calor resultante de sua adaptação ao meio ambiente.

Dialogar com os pais sobre hipotermia e hipertermia e suas conseqüências os auxiliará para o manejo da temperatura corporal em um ambiente térmico neutro estável também em sua casa.

Convém lembrar que na fase intra-hospitalar buscamos uma faixa de temperatura do ambiente térmico neutro de acordo com o peso e a idade do recém-nascido. Segundo Tamez e Silva (2006), o ambiente térmico neutro é aquele que fornece condições térmicas requeridas para assegurar o mínimo do gasto metabólico de energia, utilizando uma quantidade mínima de calorias e consumo de oxigênio; a produção de calor é igual à perda, permitindo que o recém-nascido mantenha a temperatura corporal estável.

O MMC influenciando na fisiologia do recém-nascido é tema de maior abrangência nas publicações. Para Costa (2005) os mais comuns são os que tratam da estabilidade dos sinais vitais no recém-nascido, quando em posição canguru, principalmente com relação à manutenção térmica. No entanto, todos os estudos são realizados em primeira e segunda etapa do método.

Podemos considerar o cuidado canguru como um promotor da melhora da temperatura corporal (ALMEIDA *et al.*, 2007) e o Método Mãe-Canguru contribuindo para alterações benéficas nos sinais vitais dos recém-nascidos pré-termo de baixo peso. Então, praticá-lo na terceira etapa do MMC de maneira mais livre somará de forma positiva para a estabilidade dos sinais vitais.

Também surgiu neste tempo anterior às consultas em terceira etapa o descuido na oferta de vitamina ou polivitamínicos prescritos pelo médico. Seu uso já inicia na segunda etapa do MMC e, geralmente, as mães ficam atentas para que ele seja administrado pelos profissionais da enfermagem na hora exata. Interessante que, pelo fato de não estar disponível no mercado farmacêutico de Florianópolis os pais (dois casais) não procuraram orientação médica com profissional da neonatologia do HU para sua substituição, o que poderiam ter resolvido com um telefonema. E importante também, é que relataram o fato somente para mim, enquanto enfermeira/pesquisadora, durante a primeira consulta de enfermagem na terceira etapa quando eu questioneei sobre o seu uso e administração.

Usadas para um bom desenvolvimento do bebê é evidente que o fato de não ter sido administrado por 3 ou 4 dias não é agravante mas citei-o enquanto cuidado não promovido neste meio-tempo em discussão.

Conforme citam Tamez e Silva (2006), a vitamina A é necessária para auxiliar no crescimento e reparo dos tecidos pulmonares, e integridade do trato respiratório. Diminui a taxa de mortalidade e reduz a retinopatia da prematuridade.

Essencialmente a vitamina A desempenha um papel na função retiniana, pois na forma de retinol se combina com a opsina (pigmento vermelho da retina) formando a rodopsina, necessária para a adaptação visual na escuridão, atua no crescimento ósseo, na função testicular e ovariana, e no desenvolvimento embrionário. A Vitamina D atua regulando positivamente a homeostasia do cálcio. É essencial para promover a absorção e utilização de cálcio e fosfato e para calcificação normal dos ossos (CLOHERTY; STARK, 2000).

Outro manejo que sobressaiu logo na desospitalização é o uso da chupeta para acalmar o bebê. Opção da mãe com gemelares, MC1, para acalmar a espera do RN que não está mamando ao seu peito e da MC7 que a utilizou para “induzir” o sono: *“às vezes uso chupeta pra ela dormir”*.

Durante a internação a indicação de chupetas segue critérios recomendados na Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso (Método Canguru), devendo ser prescrita por médico, enfermeiro, fonoaudiólogo ou fisioterapeuta: patologias ou situações que impeçam que o recém-nascido sugue ao peito, procedimentos invasivos e dolorosos, ausência materna por período prolongado ou abandono (BRASIL, 2002).

A chupeta não é necessária para estimular a sucção. Nessa situação, o seu uso deve ser acompanhado por profissional habilitado na prevenção de disfunções motoras-orais decorrentes de seu uso indiscriminado (BRASIL, 2002).

Orientar e reorientar na desospitalização precoce que o bebê ao realizar mais de 30 sucções por minuto obterá um efeito analgésico, calmante. O dedo mínimo, devidamente higienizado, da mãe, pai ou familiar pode satisfazer sua necessidade de sucção não nutritiva.

É importante deixar o bebê sugar até ficar tranquilo e em estado de sono, se pararmos a sucção não nutritiva antes disto ele retornará ao estado de inquietude anteriormente presente (BRASIL, 2002).

7.1.3 A Felicidade e o Medo ao sair do Hospital

Expressões dos pais como: *“leve para casa com medo, mas feliz da vida”* MC7, e, *“foi um alívio sair do hospital”* PC7 sinalizam a ambigüidade entre o sentimento de estar feliz com a alta precoce de seu bebê e o medo do seu término.

Um sentimento é uma linguagem usada pelo coração quando necessita mandar uma mensagem. Muitas vezes o ser humano gosta de transformá-la em palavras expressas oralmente, outras em palavras escritas, outras pelo olhar que, silenciosamente, tem sua amplitude registrada por longos anos em nossas vidas.

Abordando a alta clínica dos bebês acompanhados em seu estudo Guimarães (2006), descreve o momento para os pais como imersa nos sentimentos ambíguos de felicidade e ansiedade diante da realidade de ir para casa, referida por eles como “liberdade”.

Permitir aos pais e familiares que expressem seus sentimentos os aproxima do cuidado, do preconizado pelo MMC que é o de habilitar os pais para promoverem, junto com a equipe de saúde responsável, o melhor crescimento e desenvolvimento possível ao seu filho.

O sentimento expresso no discurso é renovador para os pais além de permitir aos profissionais envolvidos um impulsionar na competência da alta precoce.

Sair do ambiente hospitalar contribui com os bons sentimentos mas gera também mensagens de dúvidas, inquietações, medo.

Medo de cuidar: *“tinha medo de não saber cuidar”* MC7; *“quando fui pra casa acho que a preocupação se eu ia saber cuidar dele ou não e de ter que ter leite pra ele sobreviver me deixou em crise nervosa...”* MC5.

Medo/ansiedade: *“e depois já achei que meu leite ia ser pouco, que ele não ia parar de chorar de noite...tanto que perto das 20:00h ele chorou, eu chorava junto e meu leite não descia”* MC5.

Medo da morte: O risco de morte, referido pela mãe, por perda de sal a *“apavorou”* MC4.

Medo do bebê aspirar leite ofertado por via oral (complemento): *“Fiquei com medo dele regurgitar oferecendo muito leite”* MC4.

Para mim, enquanto pesquisadora, estas percepções colocadas tão naturalmente são a mais pura expressão da necessidade do momento de troca, onde

devemos inserir nosso profissionalismo na terceira etapa do MMC pontuando o atendimento na demanda da família.

A insegurança, o medo dos pais ao levar o seu bebê para casa comentado por Guimarães (2006), traduz o medo que as mulheres sentiam diretamente ligado a circunstâncias clínicas como apresentar cianose, da criança não mamar direito ou de não terem leite suficiente e da perda de peso.

O ser humano, às vezes se confunde com as coisas que o rodeiam, não querendo perder sua identidade, sua essência, ele convive com sentimentos de medo que lhe desagradam, mas há nele uma grande virtude, a adaptabilidade.

Considerando a adaptação segundo Roy (1984), com uma resposta adaptativa da pessoa através de suas habilidades e condições de enfrentar situações frente estímulos focais, contextuais e residuais, pude articular sua promoção no enfrentamento do medo, ouvindo, acolhendo, repassando conhecimentos, estabelecendo metas construídas com os pais.

Para Costa (2005), existe um campo vasto a ser explorado com relação à vivência das famílias no MMC e pouco tem sido publicado. Segundo a autora é importante que se comprove os reais benefícios para os pais que experienciam este tipo de cuidado, buscando envolver todos os aspectos afetivos, sociais, culturais e econômicos.

O medo relatado pelas mães deste estudo trata essencialmente do cuidar para não enfrentar a morte do seu bebê. Para Toma (2003), tendo em vista que as mulheres são as cuidadoras primárias da criança, cabe uma reflexão sobre os aspectos que poderiam influenciar a prática do MMC enquanto resultados de suas interações com a equipe hospitalar e os membros da família. Para a autora é importante considerar que a vivência, traz à luz questões acerca do processo de tomada de decisão, no qual entra em jogo a noção de riscos e benefícios de uma opção em detrimento de outra.

A opção e a prática do MMC podem ser vistas sob esse enfoque, uma vez que exigirá da mulher considerar tanto os aspectos pessoais, como aqueles relativos ao bebê e ao seu entorno social.

Portanto, considero fundamental nossa atenção durante a terceira etapa do MMC para acompanhar e/ou auxiliar a mãe e o pai a lidar com seus sentimentos de inquietação, para que não se sintam isolados e aumentem o seu senso de competência.

7.1.4 Primeira Noite nenhuma Mãe Dorme

O significado desta categoria para mim, enquanto enfermeira e pesquisadora, é como uma mão a me afagar, é como um toque adequado, é como por um momento estar vivendo o cuidado canguru. É me dar conta dos seres humanos especiais com os quais convivemos, os quais conduzimos, ou pelos quais somos conduzidos nos caminhos ainda a serem descobertos do Método Mãe-Canguru.

Neste estudo, é ela, a mãe, que demonstra o primeiro passo do acolhimento amoroso, diferenciado, sob vigília do olhar, com palavras ternas e suaves, talvez até com uma canção de ninar seu bebê que finalmente chegou a sua casa.

O meu sentimento de plenitude materna talvez tenha aflorado, mas com certeza o que quero reafirmar é que temos a tarefa de lapidar toda e qualquer possibilidade de desenvolvimento dos laços afetivos duradouros.

Torna-se apropriado comparar o fenômeno descrito pelo pediatra e psicanalista inglês Winnicott que relata o cuidado da mulher após o parto como “preocupação materno-primária”, ou seja “um estado de sensibilidade aumentada”, o qual habilita a mãe “a se adaptar às necessidades iniciais do bebê” (MOREIRA; LOPES; CARVALHO, 2004).

Tenho certeza que pelas falas o leitor perceberá que a Mãe-Canguru que leva seu filho em uma alta precoce tem sua sensibilidade aumentada para os cuidados às necessidades iniciais do bebê em seu domicílio: “[...] *na primeira noite acordei com qualquer resmungo dela*”. MC7

“[...] *sabe, tenho uma filha de 1 ano e 4 meses o berço dela está no nosso quarto então coloquei o berço do BC4 ao lado do outro berço mas não conseguia descansar, então dormi um pouco depois que coloquei ele ao meu lado na minha cama, primeira noite foi plantão!*” MC4

“*Primeira noite foi cansativa...amamentar as duas... quase não dormi.*” MC1

“*Na primeira noite acordou de 3/3h, eu tinha preocupação que a saturação caísse, mexia nela para ver se respirava. Coloquei o berço no nosso quarto.*” MC2

“[...] *eu já não dormi bem, ia olhar para ver se estava bem, ela não chora...fica de olho aberto de madrugada e aí já sei que quer comer...acho que ela aprendeu a não chorar para não gastar energia, né?*”. MC8

A terceira etapa do MMC não pode ser conduzida como retornos em consultas para aferição pondo-estatural, e muito menos como possibilidade de liberar leitos hospitalares. As mães, pais e familiares precisam de suporte para desenvolverem o cuidado nesta etapa depois do período de internação prolongada.

O MMC é constituído de três etapas. A humanização deve permear a terceira etapa, por isso quero trazer as palavras de Alencar e Rolim (2006), para o contexto deste estudo, a terceira etapa do Método Mãe Canguru:

Um acolhimento amoroso do RN requer mudança de cultura, trazendo um novo paradigma que a pessoa seja recebida como única, dotada de sua história pessoal, com seus valores e suas crenças. Necessita de um encontro entre a equipe de saúde, o bebê e seus pais. E que pressupõe escuta, olhar aberto e amoroso. O profissional de saúde deve desenvolver uma capacidade de se conhecer e saber reconhecer emoções, como o amor. Essa capacidade diminui as possibilidades de conflito, pois abre caminhos para a comunicação com o outro. A humanização do homem é uma responsabilidade histórica, e se dá pelo compromisso com a solidariedade (ALENCAR; ROLIM, 2006, p.32).

7.1.5 Reconhecendo e Ativando Cuidados

Começamos a observar neste meio-tempo entre a desospitalização e o primeiro retorno na terceira etapa do MMC como os pais reconhecem os cuidados adaptativos e quais ativam nos primeiros dias em domicílio. Com isto acredito ser possível uma compreensão das dificuldades e significados da vivência e da otimização dos cuidados ao recém-nascido acompanhado em terceira etapa.

Já se faz presente uma organização familiar que para os sujeitos envolvidos neste estudo contou com a mãe, o pai, avós, irmãs e irmão na realização de cuidados ao bebê, ou auxiliando em afazeres domésticos. Enquanto que, para uma família a rede social de apoio foi mais abrangente envolvendo cunhados e tios pela necessidade de transportes apoiando os pais que tiveram que reorganizar-se após acidente sofrido pelo pai.

“[...] *eu cuido mais dele* (referindo-se ao marido) *do que ele de mim. Agora cuido dele, das gêmeas e da nossa outra filha*” MC1.

A mãe exerce o papel de cuidadora principal e relata cuidados de alimentação/aleitamento, higiene como banho em horário de temperatura mais amena, manutenção de boa temperatura corporal, troca de fraldas, higienização

das mãos antes de tocar no bebê, vigília quanto ao sono, estado de alerta, eliminações, colo e contato pele-a-pele, ou seja, posição ou cuidado canguru.

É ela, a Mãe-Canguru, que vai coordenando os cuidados que aos poucos “libera” para as mãos paternas, da irmã ou da avó. Neste primeiro momento observei a realização de apoio, colo e manejo de conforto da irmã cuja Mãe-Canguru teve gemelares, o pai foi somente observador.

“[...] recebi muitas visitas no primeiro dia que ela foi para casa, todos queriam ver as gêmeas juntas, tenho ajuda da minha irmã para cuidar dos bebês. Dá colo se eu amamento uma e a outra acorda e chora, ela só não dá banho, tem medo...” MC1

Pai cuidador: dois envolvidos com higiene como troca de fraldas e dois realizando o cuidado canguru.

“O pai participa, troca fralda, beija e cuida para sempre lavar as mãos antes de pegar ela...”. MC2

“[...] fico ansioso no canguru, meu peito tem muito pelo e acho que ela pode se afogar, achar ruim...já fiz até 45 minutos”. PC7

O envolvimento com o cuidado canguru apareceu inserido em quatro famílias, realizado pela mãe, pai, irmãs e avó materna:

“[...] toda família faz canguruzinho, o pai, as mana, principalmente a de 18 anos e eu” MC4.

“[...] faço Canguru depois do mamar enquanto a primeira gêmea dorme, fico uns vinte minutos...” MC1.

“[...] quase brigamos, pois a mãe quer fazer todo tempo que está em casa, e eu digo a ela que ele precisa dormir”. MC5

O cuidado canguru não foi inserido em duas famílias, a do Bebê-Canguru 8 e Bebê-Canguru 2:

“[...] achei que em casa não era tão necessário, mas vou começar a fazer”. MC2

Segundo Brasil (2002), na terceira etapa, por motivo de segurança, recomenda-se a posição canguru em tempo integral. Portanto, a participação do pai e de outros familiares deverá ser estimulada na colocação da criança em posição canguru.

A orientação acima é de trabalhosa inserção no cuidado domiciliar brasileiro, o binômio deve ser estimulado a realizar o cuidado canguru sempre que prazeroso e confortável e pelo tempo que assim permanecer.

7.2 CATEGORIAS ADAPTATIVAS CONVERGENTES DOS RETORNOS NA TERCEIRA ETAPA DO MMC

A seguir faço uma análise das percepções que contribuíram com a adaptação cuidativa potencializando a inter-relação de mães e familiares com o recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso. Composto de cinco sub-categorias convergentes adaptativas, que são: 1) **Mamãe eu quero mamar**; 2) **Meu bebê quer isso, quer aquilo. Precisa disso**; 3) **Meu bebê está crescendo**; 4) **Nosso bebê, nossa família: é bom estarmos juntos**; 5) **Coração tranquilo**.

7.2.1 Mamãe Eu quero Mamar

Sem dúvida um dos momentos de rara contemplação que me foi oportunizado durante a realização deste estudo foi ver o binômio mãe e filho envolvidos na cena da amamentação. Há um respeito tão primário neste momento que sequer encontro palavras para descrevê-lo. Seria ousado dizer: vejo a mais pura expressão da ética? O respeito em dar e ter o que é de direito e de fato do ser humano, a vida. A vida, gota a gota, produzida e abstraída pelo próprio corpo humano, vida gerando mais vida. Amamentar é o movimento sutil, da aproximação, do silêncio prolongado em vários minutos em homenagem à vida. A harmonia que emana talvez seja sentida por nós adultos quando entramos em uma capela, banhamos o pé no mar, tomamos um banho de chuva, adentramos em uma mata, ou nos permitimos amar.

Acompanhar a amamentação durante os retornos da terceira etapa do MMC é certificar-se de que a compensação do leite materno vai além da sua promoção, todo o esforço dispensado pelos profissionais de saúde envolvidos com as mães e familiares para que o recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso seja conduzido

neste seu aprendizado é traduzido pelo olhar da mãe para mim, sem uma única palavra dita, só pelo olhar: viu? meu bebê quer mamar!

E assim se fez, em alguns retornos em terceira etapa do MMC. Nesta etapa, segundo Brasil (2002), deve-se avaliar, incentivar, encorajar e apoiar o aleitamento materno. Fácil fazê-lo se nosso conhecimento e habilidades tanto quanto das mães e familiares forem estimulados.

Como a idade gestacional corrigida dos recém-nascidos deste estudo está acima das 34 semanas vou citar algumas de suas maturações específicas para um bom desenvolvimento da amamentação. Em recém-nascidos pré-terms saudáveis existe um desenvolvimento seqüencial da sucção não nutritiva (quando não há presença de fluído oral) entre 30 e 36 semanas (LOPES; LOPES, 1999).

Os neonatos somente a partir de 34 semanas conseguem coordenar sucção, deglutição e respiração efetiva (MOREIRA *et al.*; 2004). A sucção é um reflexo condicionado inato, que depende da maturação fisiológica.

Reflexo de busca é o movimento involuntário em direção ao estímulo, originado a partir de um toque nos lábios, seguido de abertura de boca. Em seguida, se dá a prensão do bico ou mamilo. Durante este movimento, a língua protui até o lábio inferior e o resto do mamilo é levado para dentro da cavidade oral, com elevação das bordas laterais da língua. O dorso da língua exerce uma pressão no mamilo em uma onda de contração peristáltica antero-posterior. O leite não é liberado por compressão. Isso é ajudado pela pressão negativa intra-oral, gerada pela depressão posterior da língua e seguida do abaixamento da mandíbula que acontece durante esta seqüência de movimento (BU'LOCK; WOOLRIDGE; BAUM, 1990).

Segundo Lopes e Lopes (1999), a partir de 33 semanas, um sopro gentil na face da criança pode originar a deglutição. Portanto, o hábito das mães soprarem seu bebê quando ele engasga tem algum fundamento científico.

A deglutição tem três fases: oral, faríngea e esofágica. A fase oral é a fase preparatória da deglutição e, no neonato, coincide com a sucção nutritiva. A fase faríngea envolve a condução do bolo alimentar através da faringe até o esôfago. A fase esofágica começa quando o bolo entra no esôfago. A primeira fase está, predominantemente, sob controle voluntário, e as seguintes, sob controle involuntário. Durante a deglutição faríngea, existe interrupção do fluxo de ar. Portanto, uma porção substancial do tempo de amamentação não está disponível para ventilação devido a deglutições repetidas. A ventilação durante a mamada tem uma relação inversa com a frequência de deglutição (LOPES; LOPES, 1999, p. 282).

O bebê protege-se da ingestão de um bolo alimentar que seja grande demais para passar, de forma segura, pela faringe ou pelo esôfago pelo reflexo de vômito. E, pelo reflexo da tosse responde ao toque ou pressão de comida ou secreções na faringe ou laringe, limpa as vias aéreas superiores e inferiores de material potencialmente obstrutivo, sendo portanto, um reflexo de proteção. No prematuro, está presente a partir da 37ª semana (LOPES; LOPES, 1999).

Quanto à disposição anatômica, o arranjo das estruturas e da musculatura oral e faríngea faz com que o neonato, até 3 ou 4 meses, seja um respirador nasal obrigatório, com uma respiração preponderantemente abdominal (diafragmática). Em relação à postura, o seu desenvolvimento tônico é peculiar, com um progressivo aumento do tônus em direção caudocefálica, e nem sempre consegue atingir, com 40 semanas, o desenvolvimento de um recém-nascido a termo ao nascer (LOPES; LOPES, 1999).

Conforme Lopes e Lopes (1999), o bebê também pode apresentar alterações na sensibilidade, com ausência de resposta aos estímulos orais, hipo ou hipersensibilidade (náusea com o toque nos lábios) ou respostas mais aversivas (mordida). Essas alterações podem vir de fatores impostos sobre um sistema nervoso central imaturo como estímulos negativos na área orofacial (intubação, sonda orogástrica, aspiração), introdução de leite tardiamente, exploração oral de forma não prazerosa e até pouca oportunidade para sugar.

Para os autores, é importante considerar também o estado de consciência onde os ciclos de vigília do pré-termo começam a ocorrer espontaneamente, e com maior duração, a partir de 32 semanas, atingindo a maturidade ao redor de 36 a 37 semanas.

Pela vivência minha enquanto pesquisadora, considero importante os fatores descritos anteriormente em função do importante papel do enfermeiro na terceira etapa do Método Mãe-Canguru quando precisa não somente apoiar mas articular através da oportunidade educativa, do diálogo com a mãe quando retorna ao seguimento ambulatorial, construindo metas após avaliar conjuntamente o seu papel e o do seu bebê enquanto binômio unido no processo do aleitamento.

Os outros fatores como o ambiente doméstico e as organizações dos papéis na rede familiar são relevantes e devem ser acompanhados para somarem no cuidado adaptativo.

No estudo de Toma (2003), bebês que receberam alta com 5 a 60 dias de vida e pesos variando de 1.640 a 2.220 gramas tiveram uma adaptação à rotina familiar sem implicações negativas para a saúde do neonato. Referente à amamentação, causou surpresa verificar que com muito empenho materno, de 14 mulheres, 13 amamentaram exclusivamente até a idade de 32 a 90 dias de vida (último dado coletado do registro hospitalar).

Os efeitos positivos do MMC sobre a amamentação têm sido referidos em vários estudos. Na situação brasileira, o estabelecimento pleno da amamentação é um dos critérios para alta hospitalar. Esta medida tem efeitos benéficos em curto e médio prazos, como constatado neste estudo pela redução no uso da complementação das mamadas e pela manutenção da amamentação exclusiva após a alta, porém para ser efetiva requer profissionais hábeis e mães informadas e apoiadas para superar as dificuldades (TOMA; VENÂNCIO; ANDRETTO, 2007).

As falas das Mães-Canguru acompanhadas neste estudo em terceira etapa evidenciam a amamentação:

“[...] estou amamentando de 30 a 35 minutos... o complemento ela aceita sempre de 15 a 20 ml após seio” MC7.

“[...] ele mama de 10 a 20 minutos às vezes dá intervalo de 30 minutos e mama mais 15 minutos. O complemento eu dou só duas vezes ao dia” MC4.

“[...] mas ele continua mamando de 3/3h e eu procurei tomar mais líquidos para aumentar meu leite”. MC4.

“[...] é só amamentar e trocar...” MC1.

“Ela continua mamando de 3/3h, mamando de 10 a 15 minutos” MC2.

Dos seis bebês acompanhados neste estudo, na desospitalização precoce os seis mamavam ao peito, dois tiveram alta com complemento fórmula e um com complemento de leite materno ordenhado, três em aleitamento exclusivo. Ao receberem alta da terceira etapa do MMC somente um dos recém-nascidos mamava pouco ao peito tendo a mãe priorizado o volume do complemento fórmula ofertado em chucha, este desmame será abordado melhor no próximo capítulo.

7.2.2 Meu Bebê quer isso, quer aquilo. Precisa disso

As práticas de cuidado adaptativo apontaram para percepções de continuidade na higiene fazendo os seus próprios ajustes, no cuidado canguru, criar habilidades para a administração de medicamentos e conhecer resultados do teste do pezinho, suas alterações e conseqüências nos cuidados de desenvolvimento próprios do recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso.

Todas as mães demonstraram muita segurança nos cuidados de higiene realizados por elas, desde a troca de fraldas, banho, conforto no ambiente como mantê-lo tranquilo, respeito ao estado de vigília. Percebi que estavam mantendo uma certa regularidade com as rotinas adotadas na segunda etapa do MMC, amamentavam de 3/3h para melhor ganho ponderal, realizando então higiene necessária e o contato pele-a-pele na seqüência do mamar.

“[...] às vezes é meia hora e outras passa de 01 hora, faço depois das mamadas! [...]” é muito bom porque ele respira fundo, fica quietinho, olhando pra mim!”. MC5

Os pais aparecem como observadores, mas há os que participam nos cuidados de higiene e canguru.

A participação de familiares como irmãos e avós é semelhante a dos pais embora o gênero feminino tenha uma tendência maior a colaborar nos afazeres domésticos.

“[...] ela (avó paterna) dá banho também!” MC8

“[...] tenho ajuda da minha irmã para cuidar dos bebês. Dá colo se eu amamento uma e a outra acorda e chora”. MC1

“[...] a mãe(avó materna) é que cuida...dá colo e faz massagem, isso acontece mais de madrugada...”. MC5

Uma característica deste estudo é que quatro casais realizaram o contato pele-a-pele mesmo que em uma média de tempo em torno de quinze minutos. Percebe-se ser um cuidado que, quando realizado, é uma manifestação de amor que os pais transparecem em suas falas quando se referem a ele. O tempo em permanência canguru muitas vezes é determinado pela temperatura ambiente que, em dias mais quentes, torna o contato pele-a-pele não tão confortável.

Um pai ausente, por não assumir a paternidade e nem manter a relação, fez com que a avó materna acompanhasse a mãe durante toda internação, inserindo-se e

acolhendo a prática do cuidado canguru. Dois casais que não estavam realizando o cuidado canguru sentiram-se estimulados durante os retornos em terceira etapa e começaram a promovê-lo. Irmãs adolescentes de um dos bebês também promoveram o contato pele-e-pele e foram importantes quando os pais sentiram-se desmotivados devido às suas preocupações com os resultados do teste do pezinho de seu bebê.

A importância da participação do pai foi estimulada, mas sendo o provedor principal da família as mulheres envolveram-se mais com os cuidados dos bebês e da casa.

A habilidade em administrar medicamentos por via oral foi readequada através do processo de cuidar, duas mães que referiram dificuldades foram reorientadas sendo que uma optou em usar seringa descartável de 01ml e a outra fracionou o volume total em quatro e ofertou em partes iguais de quinze em quinze minutos ao seu bebê. Essa meta é fundamental para que os pais saibam manipular as drogas com doses adequadas e bem medidas, independente da quantidade e finalidade terapêutica.

Outro cuidado realizado pelas mães foi tanto a realização do teste do pezinho quanto o acompanhamento dos resultados. Neste cuidado adaptativo foi promovido o apoio às mães, procurando não transmitir incertezas e ansiedades desnecessárias neste período sensível. A comunicação foi baseada em orientações e acompanhamento de diagnóstico definitivo.

De acordo com Kirsten e Levy-Shift (*apud* Caetano, 2005), para manter as condições que envolvem a vida familiar, a família deve apresentar um estilo sincronizado de ações, de modo a permitir a manutenção dos vínculos, responsabilizar-se pelo cuidado de seus membros, atender às demandas necessárias à organização do sistema familiar instituído, manter-se na força de trabalho e assumir, ainda, a assistência específica do filho prematuro. O estilo sincronizado familiar tem sua origem na sensibilidade materna e paterna em relação ao que estão vivendo e também na interação e satisfação na relação marital.

7.2.3 Meu Bebê está Crescendo

Otimizar o apoio ao crescimento e desenvolvimento do recém-nascido. Promover sua habilidade de encontrar meios para ajustar-se e manter o equilíbrio

em relação às mudanças do ambiente é o que desejam os pais e profissionais de saúde envolvidos no seguimento ambulatorial.

O acompanhamento de exames especializados em oftalmologia, cardiologia, avaliação auditiva, são selecionados em prioridade, mas outros sinais podem indicar necessidades específicas e outros exames serão encaminhados. No caso deste estudo, os bebês em terceira etapa já tiveram sua avaliação auditiva, oftalmológica e cardíaca, iniciada na fase intra-hospitalar sendo acompanhada nos retornos em seguimento canguru.

A palavra peso para os pais, o peso do seu bebê, é tão absorvida por eles e é sua constante linha de atenção, ou seja, ganhar peso para sobreviver, para ter alta precoce, para ter alta da terceira etapa do MMC. A medição diária do seu bebê nas etapas anteriores lhes ensinou a importância de gramas e de centímetros de crescimento, preferencialmente com bons resultados em amamentação exclusiva.

As curvas de peso, comprimento e perímetro cefálico comparados com a idade gestacional são as mais utilizadas entre nós. No seguimento ambulatorial teremos a chance de identificar as repercussões do retardo de crescimento intra-uterino no desenvolvimento (LOPES; LOPES, 1999).

A importância de estudos em seguimento ambulatorial deve servir como um incentivo para novos estudos e melhor inserção da terceira etapa do MMC nas instituições de saúde, pois é nesta que estaremos conduzindo bebês, mães e familiares para apurarem seus cuidados, habilidades e segurança no acompanhamento do desenvolvimento e crescimento trazendo ao nosso conhecimento riscos de alterações precoces para controles especiais. Tendo um controle sistemático sobre avaliação clínica, pondero-estatural e do equilíbrio psicoafetivo mãe-pai-família-bebê, estaremos contribuindo para avaliações do desenvolvimento neuropsicomotor da criança.

Os recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso acompanhados tiveram um bom ganho ponderal diário. O ganho diário ficou entre o mínimo de 8 gramas e o máximo de 60 gramas. Comprimento e perímetro cefálico dentro de parâmetros esperados. A harmonia de sono e repouso e estado de alerta, bom débito em eliminações fisiológicas com caracteres adequados para a idade gestacional, e a manutenção do aleitamento foram sinalizados pelas mães como vertentes responsáveis pelo bom crescimento de seus bebês.

7.2.4 Nosso Bebê, nossa Família. É bom estarmos juntos

No desenvolver do processo de cuidar a evidente participação materna a coloca como grande promotora do cuidado adaptativo, da harmonia familiar, das demonstrações de afeto, e quando relata manifestações afetivas de seu parceiro para com ela ou para com o bebê, sorri com lábios e pelo olhar. O afeto é um prazer acolhedor, um cuidado simples, sem custo, que deve ser promovido no contexto domiciliar e na interação familiar.

É importante atentar para as dificuldades que a mãe e a família podem apresentar no contexto domiciliar, amparando-os nos momentos de fragilidade e compartilhando seus anseios, conduzindo-os em retornos na terceira etapa que lhe sejam acolhedores.

Entre as famílias deste estudo o caso da Mãe-Canguru 1 contou com o apoio da sua rede familiar composta de cunhados e tios. Mãe de gemelares, sofreu um abalo considerável com o acidente de seu marido com queimadura de segundo grau. A necessidade de transportes, curativos, a modificação do clima no ambiente doméstico que lhe exigiu redobrada atenção e cuidados requeridos também pelo pai de seus bebês. Sua irmã permaneceu em sua casa para auxiliar nos afazeres domésticos, no conforto e troca de fraldas dos bebês. O banho dos bebês, o contato pele-a-pele mesmo que por tempo de dez minutos e a amamentação continuou sendo promovida pela mãe.

Concordo com Toma (2003) que defende que o sucesso do programa depende, além da vontade da mãe, do apoio de sua rede familiar e de uma equipe de saúde compreensiva. Refere que o pai pode não ser capaz de sozinho, dar o apoio necessário, devido aos papéis de gênero vigentes na atualidade, portanto a rede familiar passa a ter uma função importante na prática do MMC. Proponho inserir na sua colocação a leitura também da terceira etapa quando fala na prática do MMC.

Destaco o estudo de Guimarães (2006), que incentiva a promoção do vínculo saudável como fundamental para que o MMC seja adotado de forma flexível, em constantes negociações entre a equipe de saúde neonatal e os pais. Manter saudáveis as condições que envolvem o casal e o filho, fortalecendo a estrutura familiar para auxiliar de forma direta no revezamento das atividades, integrar-se às pessoas mais representativas da rede social do casal.

Para mim, como pesquisadora, as duas autoras agregam valores que considero fundamentais na fase ambulatorial, principalmente na alta precoce de recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso quando precisamos estar com os pais tendo todos uma nova experiência na terceira etapa como uma nova possibilidade de vida, uma nova fase de adaptação.

7.2.5 Coração Tranquilo

Perceber o coração tranquilo principalmente na alta da terceira etapa, o que pode ser constatado nas falas das mães quando contribuíram com suas avaliações, merece emergir como uma categoria adaptativa representativa deste processo de cuidar, pois há relação direta com as ações articuladas pela enfermeira oportunizando as mães a perceberem e reagirem aos estímulos das situações transcorridas após a desospitalização.

Diminuir a ansiedade em relação a recuperação de ganho ponderal diário de dois bebês deste estudo, mais intensa na percepção de uma das mães e, acompanhar de forma mais tranquila as alterações hormonais detectadas em bebê de outra mãe são decorrência de orientações e encaminhamentos efetivos na terceira etapa do MMC.

Perceber, sentir seu coração tranquilo é a companhia que toda a mãe deseja. Sentindo-se completa, integrada, reconhecendo suas limitações e valorizando suas conquistas, o que significa que voltará a sorrir, abraçar e ouvir a seu bebê, seu companheiro, seus familiares e a si própria.

Em se tratando do Método Mãe-Canguru (MMC) a alta está longe de significar o fim, como seria de se esperar como parte de uma terapia convencional. O MMC continua depois da alta e vai além da posição canguru.

Um dia o bebê recebe uma outra alta: a do colo materno (que ele mesmo se dá). Conhece o berço. Esta noite a liberdade, enfim... Mas o vínculo alcançado jamais se desfará. A terceira etapa do MMC consiste portanto no acompanhamento chamado ambulatorial (ou de consultório), o que em prematuros chamamos de *'follow-up'*. O controle do ganho de peso. As vacinas. A sucção correta. Os leites substitutos nos momentos em que se fizer necessário. As alterações visuais. A integridade neurológica do bebê. As intercorrências. As anemias. Os resfriados. A cólica. A 'prisão de ventre'. As golfadas. As dúvidas do percurso. Esse é o papel

do seguimento do bebê canguru. Uma vez canguru, sempre canguru (TAVARES, 2007, p. 1).

7.3 CATEGORIAS (DES)ADAPTATIVAS CONVERGENTES DOS RETORNOS NA TERCEIRA ETAPA DO MMC

Analisando as percepções que provocaram circunstâncias modificando comportamentos os quais necessitaram ser articulados para sair da convergência (des)adaptativa convergiram cinco sub-categorias: 1) **Meu leite é pouco, meu peito dói**; 2) **Para que esses exames/ por que esses acompanhamentos?**; 3) **Eu preciso de um especialista**; 4) **O que me fez descuidar do bebê: minha cabeça ou meu coração?**; 5) **Amar e estar junto, ou só estar junto?**.

7.3.1 Meu Leite é Pouco, meu Peito dói

Quando comecei a analisar os dados da pesquisa e conforme as categorias foram surgindo minhas percepções também entraram num processo de resignificar o que as mães e familiares estavam me trazendo. No seu comportamento na terceira etapa do MMC desprovidos de qualquer fuga, libertos das rotinas hospitalares, vestidos com suas roupas habituais sem o avental que os identifica como papais de um bebê pré-termo e/ou de baixo peso internado na neonatologia, eles se colocam ao lado de!

As mães e os dois pais que participaram nas consultas do seu bebê em terceira etapa estão como cuidadores principais. Eles retornam para compartilhar, para aprender, e isto fica claro na medida em que questionam, mas em seguida colocam como estão agindo, o que estão observando, sentindo, esperando, decidindo.

Assim procurei entender através deles o que é essa preocupação que leva uma mãe a ligar quase que diariamente para mim, pesquisadora, que interfere na produção de leite materno quando um exame do seu bebê é requisitado, que induz a mãe a pensar que seu leite não será suficiente, ou que ela não terá capacidade de produção. Preocupação. Uma das percepções que interferem no processo de amamentar, no cuidado adaptativo.

Preocupação, não sai do pensamento aquilo que nem sequer aconteceu.

No processo de cuidar do modelo adaptativo de Roy pode orientar e estimular as competências necessárias aos sujeitos para utilizarem suas habilidades cognitivas e reguladoras para sua adaptação positiva. No entanto, as respostas são exclusivas de cada pessoa, suas experiências anteriores, crenças, seu nível de conhecimento, seus pontos fortes ou suas limitações.

Segundo Roy (1984), no processo de controle interrelacionam-se o processo interno cognitivo e regulador atuando para manter a adaptação frente aos estímulos focais (ligados aos sentimentos, sensações de perda ou dor), estímulos contextuais (ambiente favorecendo ou não a superação de dificuldades), estímulos residuais (características pessoais, genéticas, culturais, psicológicas).

Neste sentido, a intervenção enquanto enfermeira foi dirigida para a manipulação do ambiente aos primeiros sinais de desmame da Mãe-Canguru 7 e de preocupação da Mãe-Canguru 4 e Mãe-Canguru 5.

Apesar da busca os estímulos residuais sobrepuseram-se aos contextuais e mesmo tendo alta para a terceira etapa com mamadas ao peito, o uso de complemento fórmula ofertado em chucha foi priorizado pela MC7, uso de chupeta também se fez presente, e toda tentativa de amamentar era um estressor para o binômio.

Falas da Mãe-Canguru 7: “[...] quero manter o mamar e vou dar o complemento nem que seja empurrando”.

“[...] não vou lhe mentir não ela já não mama, meu leite tá quase nada...estou dando 50ml de fórmula.”

O uso de mamadeiras e chupetas está associado ao desmame precoce, assim como a uma série de outros problemas. Em bebê prematuros, a alimentação por mamadeira causa um maior consumo de energia, muitas vezes acompanhado de sinais importantes de estresse (OMS, 1996).

A mãe do BC4 referiu-se muito à preocupação pelas alterações no exame do teste pezinho, segundo acreditava essas preocupações baixaram a sua produção de leite materno, referiu sentir suas mamas menos cheias e assim ofertou maior número de vezes o complemento, também em chucha. Neste caso, conduzindo as respostas aos seus questionamentos e favorecendo a realização dos exames complementares a mãe foi respondendo favoravelmente aos estímulos contextuais,

controlando adequadamente seus sentimentos de dor, de perda. Na alta da terceira etapa MC4 estava próxima do aleitamento exclusivo.

O caso da mãe de BC5 foi conviver com a dor ao amamentar. Com seu bebê em seio materno exclusivo, com boa pega, sucção e postura em mamadas acompanhadas durante as consultas em terceira etapa do MMC. Um pequeno trauma no mamilo de um peito lhe causava desconforto, seguindo as orientações conforme plano de cuidados no processo de cuidar, conseguiu-se a involução do trauma e consequentemente a mãe restabeleceu um aleitamento prazeroso. A mãe manteve seu papel, adaptando-se ao estímulo focal e respondendo ao contextual positivamente.

Em estudo recentemente publicado sobre desmame precoce em prematuros participantes do MMC, Alves, *et al.*, (2007) as causas foram agrupadas nos seguintes fatores: anatomo-fisiológicos (bico semiplano e dificuldades na pega); psicoemocionais (rejeição do bebê); socioculturais (conceitos relatados pela genitora como “leite fraco”, “pouco leite ou não tenho leite”) ou a preferência por utensílios orais (mamadeira e chupeta); e econômicos (necessidade financeira de trabalho).

Na fase ambulatorial, estudada por Sanches (2005) identificou-se como causa de desmame: a queixa da mãe na amamentação e o uso da chupeta no segundo mês de vida. A autora concluiu que o uso do MMC integral mais precoce no hospital favorece a proximidade entre a família e o seu RNBP e prematuro, que, mais confiantes e sujeitos atuantes do processo, praticam por mais tempo a amamentação exclusiva. É importante uma avaliação detalhada da mamada para identificação e correção precoce dos problemas de pega dos RNBP, a fim de minimizar possíveis dificuldades na amamentação. No período do seguimento ambulatorial o acolhimento e escuta das mães é imprescindível, como também maior atenção aos RNBP que usam chupeta.

A pesquisa realizada por Cabral e Rodrigues (2006), acompanhou crianças na terceira etapa do MMC e observou um elevado índice de abandono da amamentação exclusiva, uma queda no consumo de leite materno e um aumento no consumo de fórmulas e outros alimentos. As autoras destacam a potência do método para iniciar a amamentação e sua limitação para mantê-la na terceira etapa.

7.3.2 Para que esses Exames/por que esses Acompanhamentos?

No período em terceira etapa do MMC, podemos verificar sinais e sintomas que poderão levar a uma intervenção mais precoce e a um encaminhamento para serviços de acompanhamento de recém-nascidos de risco. Segundo Brasil (2002), é um período de intensa modificação de sinais e sintomas, diante da plasticidade cerebral e de experiências ambientais que estabelecem um feedback positivo entre a estrutura do órgão e sua função.

Segundo Belik e Tessler (2006), entre os bebês que nascem com menos de 1,5 kg, 30% apresentarão algum grau de retinopatia da prematuridade e precisarão de acompanhamento especializado e tratamento apropriado. Cerca de 5% deles necessitarão de cirurgias. A doença, por si só, é responsável por 10% de todas as causas de cegueira na infância. A deficiência auditiva é outro problema bastante comum. Várias são as razões, mas, basicamente, ela é causada pela própria fragilidade e imaturidade do sistema nervoso central e de todo o aparato auditivo, bem como do próprio tratamento ministrado a esses pequenos pacientes.

Ao ingressarem na terceira etapa os seis bebês deste estudo já tinham realizado os exames antes da alta, como ultra-som transfontanelar, avaliação oftalmológica, auditiva e cardíaca.

Para permitir ao leitor uma idéia das necessidades de controles, listo a seguir os exames agendados antes da alta e acompanhados durante a terceira etapa do MMC. Os exames realizados na internação destes bebês foram descritos no capítulo 5.

Cinco bebês ingressaram na terceira etapa com avaliação oftalmológica agendada. BC5 além desta necessitou acompanhamento cardiológico por apresentar sopro sistólico, foi agendado ecocardiograma Doppler colorido (ECO) em outra instituição hospitalar.

Os pais de BC4, porém mais intensamente a mãe, passaram por um processo estressante durante seu acompanhamento em terceira etapa com as alterações detectadas através do teste do pezinho, nome popular para Triagem Neonatal, de três amostras coletadas durante a internação. Desconheciam os valores aumentados e sua consequência.

Conforme Carvalho (2007), o Programa Nacional de Triagem Neonatal – PNTN foi criado através da Portaria GM/MS nº 822, de 6 de junho de 2001, com

os seguintes objetivos específicos: ampliação da cobertura visando 100% dos nascidos vivos, a busca ativa dos pacientes triados, sua confirmação diagnóstica, o acompanhamento e tratamento adequados dos pacientes identificados.

Após ampla análise e discussões, a Comissão de Assessoramento do Ministério da Saúde, optou por ampliar a possibilidade da triagem neonatal para mais duas outras patologias congênitas: as doenças falciformes e outras hemoglobinopatias e a fibrose cística, que somadas com o hipotireoidismo congênito e a fenilcetonúria perfazem um total de quatro (4) patologias triadas no programa nacional (CARVALHO, 2007).

O tratamento da hiperplasia supra-renal congênita por deficiência da 21-hidroxilase (HSRC-21OH) tem como objetivos repor glicocorticóides e mineralocorticóides, evitar a virilização dos genitais externos, prevenir a desidratação por perda de sal, controlar o hiperandrogenismo sem afetar a velocidade de crescimento, preservar a função gonadal, fertilidade e estatura final (BACHEGA *et al.*, 2001).

Durante o processo de cuidar agilizarei a quarta coleta do teste do pezinho de BC4, no primeiro retorno em terceira etapa, providenciei o seu encaminhamento ao laboratório central e acompanhei o resultado para dar encaminhamentos necessários no segundo retorno deste bebê. Quarto resultado elevado.

Foi então agendado consulta com endocrinologista em outra instituição hospitalar de Florianópolis e dado à mãe todas as orientações possíveis para que a fizessem compreender que estávamos num processo preventivo do cuidado ao seu bebê e que não havia diagnóstico fechado. Após consulta com o especialista a mãe ainda necessitou de diálogo para externar suas preocupações com o desenvolvimento de BC4, mas respondeu positivamente reinserindo-se no contexto da terceira etapa de forma mais tranquila. O pai de BC4 acompanhou a consulta com endocrinologista, apoio que foi importante para a mãe.

Uma preocupação que emergiu na análise foi com a alta da terceira etapa, pois os pais procuraram informar-se com as referências médicas particulares e na rede básica de saúde municipal para continuarem com o acompanhamento pediátrico além do retorno que fariam no ambulatório do hospital universitário. De certa maneira demonstraram confiança nas informações fornecidas pela equipe de saúde que os acompanhou nesta etapa do MMC.

7.3.3 Eu preciso de um Especialista

A experiência de uma mãe com o nascimento prematuro de seu filho tem um impacto desconcertador na vida familiar. A mãe modifica seus hábitos, atravessa alterações emocionais, e a relação entre os familiares também sofre descontinuidades. A mãe passa por um afastamento de pessoas do seu convívio diário e de sua casa enquanto o seu bebê permanece internado.

A problemática vivenciada pela mãe que é separada do meio social em que vivia reflete muitas vezes no esquecer-se ou descuidar-se dela própria, dedicando-se a permanecer no hospital por dias ou meses. As perguntas trazidas pelas mães durante os retornos em terceira etapa indicam que estão retornando a cuidar delas:

“[...] desconforto de pequenos sangramentos desde o parto, já fiz uso de anticoncepcional injetável, mas o sangramento persiste”. MC4

“ [...] ainda não consultei com meu médico...mas posso tomar anticoncepcional?”. MC8

Porém, percebe-se que mesmo nesta circunstância permeia o cuidado materno em não tomar alguma medida que prejudique a amamentação de seu filho. Esses sentimentos maternos nos fazem refletir sobre a visão holística no cuidado à família, é necessário um suporte formal interdisciplinar adequado e constante em todas as etapas do Método Mãe-Canguru através de ações pontuais.

7.3.4 O que me fez Descuidar do Bebê: minha Cabeça ou meu Coração?

O ver, o tocar, o cuidar do bebê, manter o contato pele-a-pele estimulam, alimentam ou resgatam o vínculo na terceira etapa do MMC.

A preocupação materna primária é como um estado que a mãe experimenta no final da gravidez e que perdura por semanas ou meses. Neste estado as mães são capazes de colocar-se no lugar do bebê e saber de suas necessidades. Isto é profundamente importante durante o período de absoluta dependência, nos primeiros meses de vida do bebê. Para que o potencial hereditário se desenvolva é necessário que haja condições ambientais favoráveis, o que possibilita a passagem da dependência absoluta, para a dependência relativa, seguindo uma trajetória rumo a independência. A expressão “maternagem suficientemente boa” é usada

para descrever o papel materno nestas condições ambientais favoráveis. E afirma que o bebê não poderá tornar-se uma pessoa se só existir um meio ambiente não humano (ALENCAR; ROLIM, 2006).

É pela qualidade do MMC na sua integralidade que se faz necessária a participação da equipe de saúde que, através de noções interdisciplinares, estarão facilitando ações cuidativas para que os pais e familiares ativem um ambiente domiciliar favorável ao recém-nascido desospitalizado precocemente.

As mães percebem quando, por alguma emoção ou preocupação, se “afastam” momentaneamente do seu filho e não gostam disso. Buscam então ser mais resolutivas ou no mínimo mais práticas na execução de cuidados básicos como amamentação, higiene e conforto ao seu bebê. Afastam-se de vivências afetivas como o cuidado canguru, toques mais prolongados ou até falas para que seus filhos não percebam ou sintam seus sentimentos negativos.

“Eu me envolvi com limpeza pesada lá em casa que eu já vinha adiando há dias ... minha preocupação com estas alterações do teste pezinho me inquietaram...” MC4.

“[...] o problema com meu marido mexeu com todo mundo, dificultou trabalho no restaurante e ele quer mais atenção em casa” MC1.

Acredito que as mães podem estar de certa maneira ainda impregnadas de aspectos depressivos do tempo de internação hospitalar e da questão do estereótipo da prematuridade que segundo Brasil (2002), implica a observação do bebê como um ser incompleto e, portanto todo o contato com ele passa por esta baliza, concorrendo para criar também nele a crença de incompletude e incapacidade diante de algumas exigências de seu entorno.

Isso fica claro quando pude observar padrões de inadequação de estímulos afetivos, relacionados às queixas maternas sobre preocupações com alterações hormonais e nova coleta do teste do pezinho do RN, necessidade de cuidar de marido com queimadura além de suas gemelares, bebê com ganho de peso diário limítrofe, débito aumentado ou diminuído nas evacuações do bebê com alterações de coloração nas fezes, choro do bebê na madrugada alterando sono da família, não entender o motivo do choro, ter usado medicamento para cólicas do bebê sem ter sido prescrito pelo neonatologista do HU, permitir que um membro da família que não fez o cuidado canguru no hospital o faça no domicílio, tabus alimentares que levaram algumas mães a restringir ou retirar alguns alimentos ou líquidos da

sua alimentação, e, desconhecer as necessidades de imunizações para recém-nascidos de baixo peso.

Percebi, enquanto pesquisadora, que as mães preferem manter percepções mais otimistas do filho em terceira etapa do MMC, precisam de apoio para superar seus medos de perder o filho, amenizarem suas preocupações através dos bons sinais de desenvolvimento e crescimento do bebê, para permearem sua comunicação com ele de falas suaves e manterem o prazer em seus contatos verbais e de toque.

O movimento da enfermagem proposto por Roy (1984), e vivenciado por mim nesta pesquisa pelo processo de cuidar contribuiu na manutenção do comportamento adaptativo compreendendo os momentos vivenciados pelas mães e familiares e seus recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso em domicílio antes de considerá-los como sintomas.

O processo de interação envolve lidar com sentimentos e opções disponíveis, bem como com a reelaboração das atitudes que direcionarão a cada momento as ações mais adequadas do ponto de vista de quem as decide (SILVA, 1997).

A situação ideal, capaz de amenizar a carga física e emocional das mães cangurus, parece ser aquela em que há uma participação efetiva tanto do companheiro quanto dos avós. Uma rede encadeada de maneira a dar apoio também ao pai poderia potencializar a vivência da maternagem (TOMA, 2003).

7.3.5 Amar e Estar Junto, ou Só Estar Junto?

O Método Mãe-Canguru incentiva a participação do pai e da família ampliada para facilitar o desempenho materno, formar laços afetivos familiares e segundo Brasil(2002), estabelecer paradigmas de uma saúde mais integral para todos na família.

Durante este estudo a presença de dois pais nos retornos em terceira etapa permitiu um diálogo mais amplo, pois ambos demonstraram desejo de manifestarem como estavam felizes com sua companheira e bebê em casa.

Uma mãe verbalizou lamentar a ausência do pai nas consultas, mas entendia seus compromissos profissionais. Outra se mostrou indiferente à ausência paterna. A mãe de gemelares embora tolerante, pois já se sentia cuidadora do marido ficou

sobrecarregada com as intercorrências sofridas e teve que redobrar sua atenção nos cuidados para com sua família.

Em seu estudo Toma (2003), coloca que a importância de um pai participativo evidencia-se na situação de filhos gêmeos. A autora exemplifica que uma mãe compartilhou o MMC com seu companheiro durante a noite, apesar dele trabalhar o dia todo. Nesse caso, cada um dormia com um dos bebês e os trocava depois das mamadas.

Segundo a autora, quando os papéis conjugais são bem definidos e não se conta com o apoio substancial de parentes, as mães podem enfrentar grandes dificuldades.

A Mãe-Canguru 5, acompanhada neste estudo, jovem, teve sua primeira gestação que foi gemelar. Devido óbito intra-uterino foi necessário interromper a gestação para a sobrevivência de Bebê-Canguru 5. Gravidez gerada de um namoro e cujo pai era um ano mais jovem que a mãe, ele não assumiu a paternidade. Ambos sem profissão estabelecida, ele desempregado.

Com um bom apoio de sua família ela conseguiu superar todas as oscilações inesperadas da prematuridade, mas às custas de uma construção conflitante e transformadora em sua vida para a sua tarefa de ser mãe. As alterações biopsico-emocionais são descritas em vários estudos como muito intensas principalmente para a mulher dentro do processo de nascimento natural de um bebê a termo, podemos então considerar esta demanda aumentada e mais complexa para uma mãe que precisou conviver com o nascimento prematuro sem o apoio da paternidade.

Estabelecido o conflito de papéis o pai somente buscou a primeira aproximação quando o BC5 estava em casa, integrado à terceira etapa do MMC. A mãe manifestou insatisfação, mas permitiu a visita, não ficou próxima e solicitou ao seu irmão para intermediar a aproximação do pai com o bebê.

Durante o processo de cuidar, procurei promover a aproximação saudável dos pais trabalhando a afetividade para o trinômio, afinal através do MMC podemos facilitar as relações, deixar a estrutura familiar mais coesa, estimular mais a participação dos envolvidos e contribuir para definir melhor o papel materno e paterno. Disponibilizei momentos de diálogo que podem ter colaborado para um enfrentamento mais positivo desta situação, mas considero os estímulos internos da mãe como precursores nas decisões tomadas por ela.

Acredito ser importante nossa interpretação e a compreensão das experiências de vida de cada participante desta pesquisa, pois desempenham um papel determinante no entendimento da mudança do comportamento em relação à sua própria vida, sobretudo, no tornar-se responsável no exercício da paternidade e da maternidade.

Os pais e seus familiares podem viver afetos na convivência diária, sob o mesmo domicílio, exercendo e definindo seus papéis no cuidado adaptativo do recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso, mas podem também desempenhar seus papéis exercitando suas formas de amar simplesmente estando juntos, reorganizando-se nas separações de corpos quando forem necessárias mas preservando a convivência saudável.



8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho revelou-se na vivência diária privilegiando-me em meu ambiente natural enquanto enfermeira assistencial, recebendo do seu contexto sementes de vida que permitiram raízes de conhecimento nas trocas humanas e nos fenômenos significativos.

Orientada na investigação pela Pesquisa Convergente-Assistencial, de natureza qualitativa, retomo os objetivos deste estudo em que busquei identificar as percepções das mães-familiares em relação ao cuidado adaptativo de seus recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso, e, promover a inserção da enfermeira na terceira etapa do Método Mãe-Canguru no HU/UFSC.

Com o objetivo de promover a inserção da enfermeira busquei a renovação da prática assistencial no campo estudado, na certeza de que é necessário o rompimento de modelos tradicionais de atenção, o que podemos perceber ao longo da história do Método Mãe-Canguru, para voltar o agir profissional àquilo que é mais significativo na vida das pessoas, sua essência.

Exercitei e adquiri nova postura profissional renovando e organizando meu conhecimento pela revisão da literatura, inter-relacionando e inserindo o referencial teórico pela crescente sintonia filosófica e aplicação na prática.

O modelo de adaptação de Roy renovou minha dimensão educacional permitindo-me criar uma metodologia própria, prática e incomparável frente o exercício da percepção do ambiente, ser humano, enfermagem, saúde-doença, adaptação e Método Mãe-Canguru. Conceitos que tomam forma, como massa de modelar trabalhada pelas nossas mãos, ao longo da convivência humana, pelo silêncio do Universo que nos alimenta a alma, no cuidado renovado pela aprendizagem que o torna possível e imensuravelmente necessário ao Ser Humano, tornando-nos mestres na escola da vida.

Com clareza do referencial teórico propus a inserção do modelo de adaptação de Roy motivada de que os comportamentos vêm do interior do organismo, pelos registros de crenças e valores culturais, vivências e níveis de exigência gerados no convívio social, ambientes que facilitam ou não a adaptação do ser humano conforme sua potencialidade ou fragilidade máxima.

O marco conceitual elaborado a partir da fundamentação teórica do modelo de adaptação de Roy inseriu um exercício profissional desafiador, instigante e apaixonante. Ao desvendar leituras e sustentar o referencial teórico sistematizado ocorreu a conexão entre minhas expectativas enquanto enfermeira assistencial e minhas crenças pessoais. A partir de então a construção do estudo com metas de promover respostas adaptativas em harmonia com o respeito ao ser humano e a sua capacidade de enfrentamento em diferentes ocasiões.

A busca pela sobrevivência percebida durante o estudo, que sustenta os esforços da mãe e familiares de um recém-nascido de baixo peso para permanecer como um sistema adaptativo vivo, que ao passar pela experiência de ter um filho pré-termo e/ou de baixo peso, pode ser classificado como uma resposta adaptativa ou resposta ineficiente.

Pereira (2001) prevê que na sociedade emergente as mudanças fazem parte do dia-a-dia; são cada vez mais rápidas e profundas e exigem constantes esforços de adaptação. Essa autora identifica um desafio para o novo milênio, o de prepará-las para uma certa invulnerabilidade que lhes permita resistir a situações adversas que a vida proporciona, pelo que se torna imperioso identificar os fatores de risco e particularmente os fatores de proteção pessoais e interpessoais (PEREIRA, 2001, p. 87-88).

O meu envolvimento crescente com a pesquisa, com a prática e com o papel do enfermeiro na terceira etapa do MMC, percebi as profundas transformações que podemos alimentar no processo de cuidar valorizando nossas habilidades humanas em amar, trabalhar, criar e buscar projetos de vida diante das adversidades que tanto profissionais de saúde ou pacientes terão que enfrentar para dar um sentido na existência de suas vidas.

A pesquisa convergente-assistencial foi uma feliz escolha para meu percurso metodológico, contribuiu para recriar ações e renovar pensamentos na prática e na pesquisa, pois de fato me fez vivenciar movimentos de aproximação com os sujeitos, o ambiente e primordialmente com o cuidado.

O papel do enfermeiro nesta etapa destaca-se pela capacidade em permitir as falas sem priorizar necessidades isoladas, articular detalhes para a eficiência dos cuidados, realizados pelas mães ou familiares, o que para terceiros pode parecer desnecessário ou desarticulador de rotinas e normas impregnadas na assistência tradicional.

Filtrar o que as mães e pais realmente estão querendo nos dizer, querendo modificar na sua forma de cuidar o recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso, ou precisando fortalecer em si mesmos para sua adaptação, não é tarefa fácil. É uma arte de respeito pelas crenças pessoais e culturais dos sujeitos envolvidos, de tolerância e superação ao sistema de saúde que abstrai recursos humanos e físicos.

O papel da enfermeira na terceira etapa do MMC vai além do supervisionar, coordenar, encaminhar e prescrever. Precisa receber, colaborar no acolhimento amoroso, estabelecer confiança, distribuir qualidade independente da quantidade, desenvolver um ambiente promotor de estímulos positivos, renovar a comunicação interdisciplinar, participar das avaliações de desenvolvimento do bebê, reforçar a relação mãe/pai/bebê, mostrar os achados positivos nos retornos, informando os pais por meio de uma linguagem simples do primeiro ao último retorno quando da alta da terceira etapa que, no HU/UFSC, se dá no momento em que o bebê atinge 2.000 gramas sendo encaminhado ao ambulatório de pediatria.

Os resultados deste trabalho são indicativos para o repensar das atuações interdisciplinares no campo estudado, mas o principal é o de rever critérios da alta da terceira etapa além da aferição pondero-estatural. Como é possível observar nos resultados desta pesquisa há casos especiais em que a mãe, o pai e o bebê ainda necessitam de acompanhamento no processo de amamentação, no cuidado canguru, de suporte psico-afetivo e na organização de papéis. A visita domiciliar pode contribuir para o apoio à família e sua inserção na terceira etapa do MMC deve transcender à ausência da mãe e do bebê nos retornos agendados, fato não ocorrido neste estudo.

Segundo Brasil (2002), o primeiro retorno deverá ser obrigatoriamente dentro das 48 horas pós-alta hospitalar, frequência de três consultas na primeira semana, duas na segunda e uma a partir da terceira semana até o peso de 2.500g.

As consultas nesta etapa são realizadas dentro do serviço de neonatologia, na sala de cuidados mínimos, que muitas vezes mantêm bebês internados, pois tem capacidade para 04 leitos. Os pais precisam aguardar a disponibilidade do médico

de plantão no dia para realizar a avaliação clínica. A enfermagem auxilia se necessário ou para agilizar medidas antropométricas. Novamente percebe-se valorização das medidas pondero-estaturais, amamentação, porém sem um aprofundamento de como está se processando o aleitamento, e, controle de exames especializados como oftalmologia e cardiologia em detrimento das dificuldades de enfrentamento adaptativo ao cuidado realizado pelos pais nesta etapa que caracteriza a alta precoce.

Charpak et al., (1999) orientam que o ambulatório para o seguimento dos bebês MMC deve dispor de instalações independentes do serviço de neonatologia, pois desta forma evitam-se as infecções hospitalares e garante-se de maneira satisfatória as consultas.

É com muita clareza que registro que a intervenção precoce que realizamos através do Método Mãe-Canguru é fundamental para exercermos o cuidado adaptativo, permitindo aos pais expressarem e sobreporerem seus conflitos, preocupações, medos, inseguranças e o próprio comportamento imaturo do recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso.

Chegar à terceira etapa do Método Mãe-Canguru é uma nova transição, outra mudança de situação para a família expondo-a a inúmeras e novas mobilizações. A mãe e os familiares precisam fortalecer suas expectativas de cuidadores capazes, independentes e conscientes. A terceira etapa do Método Mãe-Canguru nos permite um feedback fantástico das etapas anteriores e remete pais e bebês envoltos em maior segurança para o acompanhamento no ambulatório de pediatria.

Na terceira etapa os pais, e principalmente a cuidadora principal, a mãe, buscam sempre o ganho ponderal diário muitas vezes tendo este como um estressor que dificulta sua produção de leite materno. Ao serem desospitalizados exercem o seu papel de cuidadores principais de acordo com suas crenças sem muitas vezes terem aprimorado o manejo ao bebê em conjunto com a equipe de saúde.

A importância da percepção em manter vínculos afetivos no domicílio torna a desospitalização precoce menos negativa, favorece o convívio familiar e social evitando repercussões futuras em um ser pré-termo e/ou de baixo peso ainda em formação. Entendi que o cotidiano da família alterado pela hospitalização prolongada do seu bebê precisa de apoio para que se reorganizem durante a terceira

etapa do MMC onde terão novas incumbências, hábitos diferentes além de aprender a lidar com o cuidado adaptativo em período integral.

A adaptação no ambiente domiciliar varia de acordo com os cuidados e papéis diários assumidos pela mãe e familiares e pelos resultados obtidos nas consultas em terceira etapa. Sentimentos ambíguos como medo, ansiedade, preocupação, incertezas afetam o autoconceito, e o funcionamento familiar, pois mobilizam-se, muitas vezes inconscientemente, por sentirem-se ligados a uma criança que poderá morrer a qualquer momento.

As percepções identificadas estão no contexto de como a mãe e o pai valorizam a amamentação, suas formas de manejar o bebê para evitar o estresse quando é preciso manter mamadas de 3/3 horas, lidar com a sonolência, ofertar o complemento realmente após as mamadas, por meio da sucção nutritiva e sem promover o uso de mamadeiras/chucas, conforme aceitação e não como prioridade.

Entender que o choro é uma manifestação de busca de proximidade, de toque, de fala, talvez de um simples incômodo que é resolvido ao trocar as fraldas do bebê, ou, promover a sucção não nutritiva permitindo que sugue no dedo mínimo do cuidador para obter efeito calmante sem precisar fazer uso de chupetas, ou ainda a melhor hora de posicionar o recém-nascido no cuidado canguru, ou seja, o contato pele-a-pele.

A posição canguru não foi percebida, por todas as seis famílias deste estudo, como um cuidado promotor de desenvolvimento do bebê ou do afeto entre o binômio que o realiza. No entanto foi resgatada enquanto meta construída em conjunto nas consultas de enfermagem, tendo sido realizada por todas as mães, quatro pais, uma avó, duas irmãs e um tio.

A cuidadora principal, a mãe, também se percebe de forma diferenciada na terceira etapa, busca orientações para sua alimentação, cuidados com as mamas, métodos contraceptivos ou tratamentos ginecológicos específicos. Percebi que as mães sabem que o seu filho será cuidado, enquanto internado, independente do seu estado físico ou emocional, mas na terceira etapa precisam investir para o seu bem estar, integralmente, pois o cuidado adaptativo acontece essencialmente através dela.

O apoio às mães em necessidades de exames complementares de seus filhos exigiu trabalhoso estímulo contextual, o que foi percebido por elas através do

processo educativo sobre triagem neonatal e por se sentirem amparadas durante suas oscilações emocionais alterando estímulos que contribuíram para comportamentos ineficazes. Acredito que tenha ocorrido uma adequação afetiva que através das inter-relações insere a pessoa como um ser social.

O medo, a preocupação trazida pelas mães frente aos controles especiais me remeteu a uma “leitura de entrelinhas”. As mães sempre procuram uma falha nelas como causa para as alterações no seu filho. Como exemplo, temos a mãe que associou a alteração hormonal em seu bebê com a opção injetável de seu anticoncepcional o que lhe mobilizou o sentimento de culpa.

Segundo Fraga e Pedro (2004), a culpa irá acompanhar os pais que tiverem bebês antecipadamente, independente da gravidade e dos problemas manifestados. O fato é que estes pais irão sentir-se responsáveis por uma ação ou omissão que ocasionou este prejuízo ao recém-nascido.

No entanto, mesmo com ambigüidade de sentimentos eles retornam abertos às consultas em terceira etapa, oportunizam aproximação e compartilham sua arte no cuidado adaptativo, contam histórias e histórias, me enriqueceram nas suas respostas às inquietações iniciais quando me envolvi com este estudo.

Finalmente, espero ter contribuído com um enfoque diferenciado sobre a literatura existente sobre a metodologia canguru, pois abordando especificamente a vivência da terceira etapa teremos um recorte de preposições teórico-práticas que desafiam o ideal da humanização.

Ao englobar um universo de ações, relações e comunicações de demanda do cuidado protagonizado pela mãe e familiares na sua realidade pessoal, social e individual tornamo-nos expectadores das respostas ao cuidado exercido por nós na primeira e segunda etapa e, temos na terceira etapa, a oportunidade de retroalimentar o sistema cuidativo. E, neste contexto, beneficiamos o recém-nascido de baixo peso na sua individualidade, mas necessariamente relacionado com outros seres humanos, no tempo e no espaço.

Os resultados obtidos certamente contribuirão para novas estratégias que facilitem implantações do Método Mãe-Canguru bem como a renovação de ações em maternidades onde já se encontra inserido, garantindo os direitos dos envolvidos.

REFERÊNCIAS

ACOSTA DÍAZ, R. *et al.* Kangaroo mother care method: clinical and humoral assessment during the first year of corrected age. **Rev. Cuba. Pediatr.**, v. 75, n. 3, jul./sept. 2003.

ACOSTA, T. P. Biographical sketch posted on the Faculty Council web site on May 24, 2001. Disponível em: <http://www.utexas.edu/faculty/council/2000-2001/memorials/AMR/Helson/helson.html> Acesso: junho 2006.

ALENCAR, A.J.C.; ROLIM, K.M.C. Bases científicas do acolhimento amoroso ao recém-nascido. **Revista de Pediatria do Ceará**, 7(1): 27-32, jan./jun.2006.

ALVES, A.M.L.; SILVA, E.H.A.A.; OLIVEIRA, A.C. Desmame precoce em prematuros participantes do método mãe-canguru. **Revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**; 12(1): 23-28, jan.-mar. 2007.

ALMEIDA, C.M; ALMEIDA, A.F.N.; FORTI, E.M.P. Efeitos do método mãe-canguru nos sinais vitais de recém-nascidos pré-termo de baixo peso. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, jan./fev. 2007, v. 11, n. 1.

ANDRADE, I.S.N.; GUEDES, Z.C.F. Intervenção fonoaudiológica no processo de alimentação em bebês inseridos no método mãe-canguru. **Revista Fono Atual**, 8 (32):13-24, abr./jun. 2005.

_____. Sucção do recém-nascido prematuro: comparação do método mãe-Canguru com os cuidados tradicionais. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Jan./mar. 2005, v. 5 n. 1.

ARRUDA, D.C.; MARCON, S.S. A família em expansão: experienciando intercorrências na gestação e no parto ao bebê prematuro com muito baixo peso. **Rev. Texto Contexto & Enfermagem**, v. 16, n. 4, jan./mar. 2007.

AVERY, G.B. **Perspectivas na década de 1990. Neonatologia: fisiopatologia e cuidado do recém-nascido**. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

BACHEGA, T.A.S.S.; MADUREIRA, G.; BRENLHA, E.M.L. **Tratamento da hiperplasia supra-renal congênita por deficiência 21-hidroxilase**. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia. v. 45, n. 1 São Paulo, Jan/Fev 2001.

BALLARD, J.N; NOVAK, K.K; DRIVER, M. **A simplified score for assessment of fetal maturation of newborn infant**. J Pediatr 95, 1979.

BARRADAS, J.; FONSECA, A.; GUIMARÃES, C.KL.; LIMA, G.M.S. A relação entre posicionamento do prematuro no método mãe-canguru e desenvolvimento neuropsicomotor precoce. **Jornal de Pediatria** (Rio de Janeiro) 2006; 82 (6).

BELIK, J.; TESSLER, R. **Prematuridade exige cuidado e acompanhamento interdisciplinar**. Disponível em: <http://www.aleitamento.com>. Acesso em: outubro 2007.

BERG, A.M.; PATTINSON, R.C. Comparison of kangaroo care and standard care: behavioral organization, development, and temperament in healthy, low-birth-weight infants through 1 year. **Acta Paediatr**, v. 92, n. 6, jun. 2003.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BOSQUE, E.M.; BRADY, J.P.; AFFONSO, D.D.; WAHLBERG, V. Physiologic measures of kangaroo versus incubator care in a tertiary-level nursery. **Obstet Gynecol Neonatal Nurs**. v. 24, n. 3, mar.-apr. 1995.

BRANDALIZE, D.L; ZAGONEL, I.P.S. Um marco conceitual para o cuidado ao familiar da criança com cardiopatia congênita à luz da teoria de Roy. **Cogitare Enfermagem**, 11(3). Set./dez. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma de orientação para implantação do projeto canguru**. L. Pub. N. 693 de 5 jul. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Temática da Saúde da Criança. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru** (manual do curso). Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Método mãe-canguru. Portal da saúde. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24248. Acesso: julho 2007.

BRAZELTON, T.B. **O desenvolvimento do apego: uma família em formação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

BROFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano e experimentos naturais planejados**. Artes Médicas: Porto Alegre, 1996.

BUARQUE, V.; LIMA, M. C.; RUSSEL, P. S.; VASCONCELOS, M. G. O significado do grupo de apoio para a família de recém-nascidos de risco e equipe de profissionais na unidade neonatal. **Jornal de Pediatria**, v. 82, n. 4, mar. 2006.

BU'LOCK, F.; WOOLRIDGE, M. W.; BAUM, J.D. **Development of coordination of sucking, swallowing and breathing**: ultrasound study of term and preterm infant. *Development medicine and child neurology*, 32, 1990.

CABRAL, I.E.; RODRIGUES, E.C. O método mãe canguru em uma maternidade do Rio de Janeiro 2000-2002: necessidades da criança e demanda de educação em saúde para os pais. **Rev. Texto Contexto & Enfermagem**, v. 15, n. 4, out./dez. 2006.

CAETANO, L. C. **Vivendo no método canguru**: a tríade mãe-filho-família. 2004. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

CAETANO, L.C.; SCOCHI, C.G.S.; ANGELO, M. Vivendo no método canguru a tríade mãe-filho-família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 13, n. 4, jul/ago. 2005.

CAMPOS, A.C.S. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. **Cad. Saúde Pública**. v. 23, n. 4, abr. 2007.

CARDOSO, A. C. A.; ROMITI, R.; RAMOS, J. L. A.; ISSLER, H.; GRASSIOTTO, C.; SANCHES, M.T.C. Método mãe-canguru: aspectos atuais. **Rev. Pediatría** (São Paulo) 28(2). 2006.

CARTER, E.A.; McGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CARVALHO, M.R.; PROCHNIK, M. **Método mãe-canguru de atenção ao prematuro**. Rio de Janeiro: BNDES, 2001.

CARVALHO, I.; FIKSS, S. **Numerologia**. Disponível em: <http://somostodosum.ig.com.br>. Acesso em: setembro 2006.

CARVALHO, T.M. Grupo técnico de assessoria em triagem neonatal. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.sbtn.org.br/historico/apresentacao.cfm> Acesso em: 22 de outubro de 2007.

CECCHETTO, S. Mãe canguru: tecnologia perinatal humana – Parte I: Uma abordagem pela bioética. In: CARVALHO e TAMEZ (Orgs.). **Amamentação: bases científicas para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, Cap 11, 2002.

CHARPAK, N.; CALUME, Z. F.; HAMEL, A. **O método canguru**: pais e familiares dos bebês prematuros podem substituir as incubadoras. Rio de Janeiro: Mac Graw Hill, 1999.

_____. **Kangaroo mother care in developing countries**. 5TM World Congress of Perinatal Medicine, 2001.

CHARPAK, N.; RUIZ-PELÁEZ, J.G.; ZUPAN, J.; CATTANEO, A.; FIGUEROA, Z.; TESSIER, R.; CRISTO, M.; ANDERSON, G.; LUDINGTON, S.; MENDOZA, S.; MOKHACHANE, M.; WORKU, B. **Kangaroo mother care: 25 years after**. *Acta Paediatr* 94(5), May 2005.

CHARPAK, N.; RUIZ-PELÁEZ, J.G.; FIGUEROA, Z. **Influence of feeding patterns and other factors on early somatic growth of healthy, preterm infants in home-based kangaroo mother care: a cohort study**. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 41(4), Oct 2005.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. Disponível em <http://pt.wikipedia.org/wiki/teoria_dos_sistemas>. Acesso em: maio 2007.

CHRISTENSSON, K.; SILES, C.; MORENO, L.; BELAUSTEQUI, A.; DE LA FUENTE, P.; LAGERCRANTZ, H. *et al.* Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. **Acta Paediatr**, v. 81, n. 5, 1992.

CLOHERTY, J. P; STARK, A. R. **Manual de neonatologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: MEDSI Editora Médica e Científica Ltda., 2000.

COLAMEO, A.J. **Avaliação do processo de implantação do método mãe-canguru em hospitais do Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo**. 2004. Dissertação (Mestrado em Infecções e Saúde Pública) Coordenação dos Instituto de Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, 2004, 150 p.

COLAMEO, A. J.; REA, M.F. O método mãe-canguru em hospitais públicos do Estado de São Paulo, Brasil: uma análise do processo de implantação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(3), mar, 2006.

CONDE-AGUDELO, A; DIAZ-ROSSELO, J.L.; BELIZAN, J.M. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality low birthweigh infants. **Cochrane Database Syst Rev.**, 2000; (4): CD002771.

COSTA, R. **Reflexões da equipe de saúde sobre o método mãe-canguru em uma unidade de neonatologia**: um diálogo fundamentado na abordagem problematizadora. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005, 228 p.

COSTA, R; MONTICELLI, M. **Método mãe-canguru**: uma revisão de literatura. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 18, n. 4, 2005.

DEMO, P. **Metodologia do conceito científico**. São Paulo: Atlas, 2000.

DESLANDES, F.F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência e Coletiva**. v. 9, n. 1, 2004.

DESSEN, M.A.; BRAZ, M.P. Rede social de apoio durante as transições familiares decorrentes do nascimento dos filhos. **Psicol. Teor. Pesq.** V. 16, n. 3, set./dez. 2000.

DIAZ-ROSSELÓ, J.L. **Caring for the mother and preterm infant**: kangaroo care. *Birth.*; v. 23, 1996.

DUARTE, E,D; SENA, R.R. Cuidado mãe-canguru: relato de experiência. **Rev. Mineira de Enfermagem**, v. 5, n. 12, jan./dez. 2001.

FAWCETT, J. **Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories**. 2. ed. F.A Davis Company: Philadelphia, 2005.

FELDMAN, R.; EIDELMAN, A.I. Skin-to-skin contact (Kangaroo Care) accelerates autonomic and neurobehavioral maturation in preterm infants. **Dev Med Child Neurol**. v. 45 n. 4, apr. 2003.

FELDMANN, R; WELLER, A.; SIROTA, L.; EIDELMAN, A. I. Testing a family intervention hypothesis: the contribution of mother-infant skin-to-skin contact (kangaroo care) to family interaction, proximity, and touch. **Journal of Family Psychology**, v. 17, n. 1, mar. 2003.

FERBER, S.G.; MAKHOUL, I.R. The effect of skin-to-skin contact (kangaroo care) shortly after birth on the neurobehavioral responses of the term newborn: a randomized, controlled trial. **Pediatrics**, v. 113, n. 4, apr. 2004.

FLÓREZ, L.D.; CHEHAB, M.C.E.; AGUDELO, M.D.C.G.; PARDO, P.G.; OBANDO, E.G.; GIRALDO, P. **Aplicación del modelo de adaptación em el ciclo vital humano**. Bogotá (D.C.): Universidad de La Sabana/Fac. de Enfermería, 2003.

FRAGA, I. T. G.; PEDRO, E. N. R. Sentimentos das mães de recém-nascidos prematuros: implicações para a enfermagem. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, v. 25, n. 1, abr. 2004.

FREITAS, J.O.; CAMARGO, C.L. Discutindo o cuidado ao recém-nascido e sua família no método mãe-canguru. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, 16(2), mai/ago. 2006.

_____. **Método mãe-canguru: evolução ponderal de recém-nascidos**. Acta Paulista de Enfermagem, v. 20, n. 1, jan./mar. 2007.

FREITAS, M.C. **Verbetes "Conceito"**. Enciclopédia Luso-Brasileira de Filosofia, Logos. Lisboa: Editora Verbo, 1989.

FURLAN, C.E.F.B.; SCOCHI, C.G.S.; FURTADO, M.C.C. Percepção dos pais sobre a vivência no método mãe-canguru. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 4, jul./ago. 2003.

GIANINI, N. O. M.; GOMES, M. A. M. Centro de Referência do Rio de Janeiro Secretaria Municipal de Saúde. **Boletim Informativo Método Mãe Canguru**. Ministério da Saúde – BNDES – Fundação ORSA, n. 3 – jan./fev./mar. 2002.

GOMES, A.L.H. A relação mãe-bebê na situação de prematuridade extrema: possibilidades de intervenção da equipe multiprofissional. **Psicol. Hosp.**, v.2, n. 2, dez., 2002.

GONTIJO, T.L. **Avaliação normativa da implantação do método canguru na Maternidade Odete Valadares, Belo Horizonte, Minas Gerais**. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem da Universidade

Federal de Minas Gerais, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2006.

GUIMARÃES, G.P. **A formação do apego pais/recém-nascido pré-termo e/ou baixo peso no método mãe-canguru**: uma contribuição da enfermagem, 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006, 309 p.

GUIMARÃES, G.P; MONTICELLI, M. (Des)Motivação da puérpera para praticar o método mãe-canguru. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 28(1), 2007.

GRAY, L; WATT, L; BLASSI, E.M. Skin-to-skin contact is analgesic in healthy newborns. **Pediatrics**. v. 105, n. 1, jan. 2000.

HENNING, M.A.S. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – método canguru**: a proposta brasileira, e os conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde em maternidades públicas da cidade do Rio de Janeiro, 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher). Programa de Pós-Graduação do Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005, 117 p.

HENNING, M.A.S; GOMES, M.A.S.M; GIANINI, N.O.M. Conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde sobre a “atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – método canguru”. *Rev. Bras. Saúde Materno-Infantil*, v. 6, n. 4, 2006.

HOLANDA, A.C.O.S.; SILVA, M.G.C. Caracterização dos recém-nascidos de muito baixo peso egressos de uma UTI neonatal. **Revista Paulista de Pediatria**. 22:37. 2004.

HOSTLER, S.L. Family-centered. **Pediatric. Clin. North Am.** v. 36, n. 6, p.1545-61, 1991.

JOHNSTON, C.C.; STEVENS, B; PINELLI, J.; GIBBINS, S.; FILION, F; JACK, A; *et al.* Kangaroo care is effective in diminishing pain response in preterm neonates. **Archives Pediatrics & Adolescent Medicine**. v. 157, n. 11, nov. 2003.

KAMBARAMI, R.A.; CHIDEDE, O.; PEREIRA, N. Long-term outcome of preterm infants discharged home on kangaroo care in a developing contry. **Ann Trop Paediatr**. v. 23, n. 1, mar. 2003.

KLAUS, M.H.; KENNEL, J.H. **Pais/bebê**: a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

_____. Assistência aos pais. *In: Alto risco em neonatologia*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

LAMY, Z.C.; GOMES, R.; CARVALHO, M. A percepção de pais sobre a internação de seus filhos em unidade de terapia intensiva neonatal. **Jornal de Pediatria**. v. 73, n. 5, 1997.

_____. **Estudo das situações vivenciadas por pais de recém-nascidos internados em unidade de terapia neonatal**. 1995. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1995.

LAMY, Z.C; GOMES, M.A.S.M.; GIANINI, N.O.M.; HENNING, M.A.S. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 10, n. 3, jul./set. 2005.

LAURENTI, R. Décima revisão da classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10): a revisão do final do século. **Bol. Oficina Sanit Panam**. v. 118, n. 3, sep. 1995.

LEGAULT, M.; GOULET, C. Comparison of kangaroo and traditional methods of removing preterm infants from incubators. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**. v. 24, n. 6, jul./aug. 1995.

LOPES, S.M.B.; LOPES, J.M.A. **Follow up do recém-nascido de alto risco**. Rio de Janeiro: MEDSI Editora Médica e Científica Ltda., 1999.

LOPES, R.C.S.; MENEZES, C.; SANTOS, G.P.; PICCININI, C.A. Ritual de casamento e planejamento do primeiro filho. **Psicologia em Estudo**. V. 11, n. 1, jan./abr. 2006.

LUDINGTON-HOE, S.M.; NGUYEN, N.; SWINTH, J.Y.; SATYSHUR, R.D. Kangaroo care compared to incubators in maintaining body warmth in preterm infants. **Biol Res Nurs**, v. 2, n. 1, 2000.

LUDINGTON-HOE, S.M; HOSSEINI, R.; TOROWICZ, D.L. **Skin-t-skin contact (Kangaroo Care) analgesia for preterm infant heel stick**. AACN Clin Issues. 16(3), jul./sep. 2005.

LUSSKY, R.C. A century of neonatal medicine. Minnesota Medical Association, Mineápolis, v.82. dec. 1999. Disponível em: <http://www.nmed.org/publications/MnMed1999/December>. Acesso em julho 2006.

MAAS, T. **O processo de transição do ser adolescente hospitalizado com doença crônica sob a ótica da enfermagem**. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Curitiba: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, 2006.

MAAS, T; ZAGONEL, I. P. S. **Transição de saúde-doença do ser adolescente hospitalizado**. Cogitare Enfermagem 10(2), mai/ago. 2005.

MESSMER, P.R.; RODRIGUEZ, S.; ADAMS, J.; WELLS-GENTRY, J.; WASHBURN K; ZABALETA, I. *et al*. Effect of kangaroo care on sleep time for neonates. **Pediatr Nurs**, v. 23, n. 4, jul./aug. 1997.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria método e criatividade**. 9. ed. São Paulo: Vozes, 1994.

MONASTEROLO, R.C.; BENEITEZ, M.J.; OLIVE, M.M.R.; MARTINEZ, M.J.; PAPI, A.G. “Kangaroo method” in the care of premature infants admitted to a neonatal intensive care unit. **An Esp Pediatr**. v. 49, n. 5, 1998.

MONTICELLI, M. **Aproximações culturais entre trabalhadoras de enfermagem e famílias no contexto do nascimento hospitalar**: uma etnografia de alojamento conjunto. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

MOREIRA, M.E.L; LOPES, J.M.A.; CARVALHO, M. **O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. (Coleção Criança, Mulher e Saúde).

NASCIMENTO, E.R.P. **Acolhimento no espaço das relações na unidade de terapia intensiva**. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

NETO, D. N; PAGLIUCA, L. M.F. **Abordagem holística do termo pessoa em um estudo empírico**: uma análise crítica. Ver. Latino-Americana de Enfermagem. v. 10, n. 6, nov./dec. 2002.

NEVES, F.A.M.; ORLANDI, M.H.F.; SEKINE, C.Y *et al*. Assistência humanizada ao neonato de premature e/ou de baixo peso: implantação do Método Mãe-Canguru em Hospital Universitário. *Acta Paulista de Enfermagem*. v. 19, n. 3, jul./set. 2006.

NOBRE, F.D.A *et al* 2004. Risco neonatal e desenvolvimento infantil avaliado através da “escala de desenvolvimento do comportamento da criança: 1º ano de vida (EDCC)”. **Revista Paulista de Pediatria**. 22:35. 2004.

OLIVEIRA, M.C.B. **Avaliação do crescimento de recém-nascidos de risco egressos de UTIs neonatais**: um estudo prospectivo e multicêntrico. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher) Fundação Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2002.

OLIVEIRA, M.E. de **Cuidando-aprendendo enfermagem com amor**: uma experiência dialógica com mães/recém-nascidos pré-termo. 1998. Dissertação (Mestrado em Assistência em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Método madre canguro**: guia práctica. Genebra, 2004.

_____. **Maternidade segura**: assistência ao parto normal – um guia práctico. Genebra, 1996.

OSÓRIO, L.C. **Família hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

PEARSON, A.; VAUGHAN, B. **Modelos para o exercício de enfermagem**. Lisboa: ACEPS, 1986.

PENALVA, O.; SCHWARTZMAN, J.S. Estudo descritivo do perfil clínico-nutricional e do seguimento ambulatorial de recém-nascidos prematuros atendidos no Programa Método Mãe-Canguru. **Jornal de Pediatria** (Rio de Janeiro). 2006; 82(1).

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed. 2001.

PRATTA, E.M.M.; SANTOS, M.A. Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. **Psicologia em Estudo**.v. 12, n. 2, mai./ago. 2007.

RIZZOTTO, M.L.F. **História da enfermagem e sua relação com a saúde pública**. Goiânia: AB, 1999.

REY, E.S.; MARTINEZ, H.G. Manejo racional del niño prematur. *In*: **Curso de medicina fetal**. Bogotá: Universidad Nacional, 1983. Mimeografado.

RODRIGUES, M.A.G.; CANO, M. A.T. Estudo de ganho de peso e duração da internação do recém-nascido pré-termo de baixo peso com a utilização do método canguru. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 8(2), 2006.

ROY ADAPTION ASSOCIATION – homepage. Disponível em <http://www.2.bc.edu/%7Eroyca/> Acesso em junho 2006.

ROY, S.C. **Introduction to nursing an adaptation model**. Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs: New Jersey, 1984.

ROY, S.C; ANDREWS, H.A. **The Roy adaptation model**. 2. ed. Stanford, CT: Appleton & Lange. 1999.

SÁ, F.E.; COSTA, F.S.; PEREIRA, M.L.D.; DANTAS, M.A.; FEITOSA, H.N.; ELEUTÉRIO, F.J.C. Sentimentos e emoções maternas na vivência do método mãe-canguru. **Revista Femina**; 34(2), fev. 2006.

SANTA CATARINA. Secretaria do Estado de Santa Catarina. Disponível em: www.saude.sc.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc.def. Acesso em: 14 set. 2006.

SANCHES, M.T.C. **Fatores associados à amamentação exclusiva de recém-nascidos de baixo peso ao nascer integrantes do método mãe-canguru**. 2005. Tese – Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Epidemiologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

SCOCHI, C.G.S. **A humanização da assistência hospitalar no bebê prematuro: bases teóricas para o cuidado de enfermagem**. 2000. Tese (Livre Docência) –

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

SCOCHI, C.G.S. *et al.* Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no hospital das clínicas de Ribeirão Preto. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 4, jul./ago. 2003.

SIEBERT, E.R.C. **Incorporação da filosofia de atendimento da maternidade de um hospital universitário, pelos profissionais de saúde do centro obstétrico.** 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004, 100 p.

SILVA, O.P.V. **Análise descritiva do desenvolvimento de recém-nascidos prematuros que participaram do programa método mãe-canguru.** 2003. Dissertação (Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento) Universidade Mackenzie, São Paulo, 2003.

SILVA, I. S. **Amamentar:** uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios. São Paulo: Robe Editorial. 1997.

SINCLAIR, J.C.; BRACKEN, M. B. **Effective care of the newborn infant.** Oxford: Oxford University Press, 1993.

SONTHEIMER, D.; FISCHER, C.B.; BUCH, K.E Kangaroo transport instead of incubator transport. **Pediatrics**, 113, apr. 2004.

TAMEZ, R.N.; SILVA, M.J.P. **Enfermagem na UTI neonatal:** assistência ao recém-nascido de alto risco. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

TARNOWSKI, K.S.; PROSPERO, E.N.S.; ELSSEN, E. A participação paterna no processo de humanização do nascimento: uma questão a ser repensada. **Rev. Texto Contexto & Enfermagem**, v. 14, n. esp., 2005.

TAVARES, L.A.M. **A terceira etapa:** mãe-canguru em casa e com acompanhamento ambulatorial especializado. 2007. Disponível em: http://www.aleitamento.com.br/a_artigos.asp?id=4&id_artigo=518&id_subcategoria=5. Acesso em 22/10/2007.

TESSIER, R.; CRISTO, M.; VELEZ, S.; GIRON, M.; de CALUME, Z.F; RUIZ-PALAEZ, J.G, *et al.* Kangaroo mother care and the bonding hypothesis. **Pediatrics**, v. 102, n. 2, aug. 1998.

TOMA, T.S. Método mãe canguru: o papel dos serviços de saúde e das redes familiares no sucesso do programa. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 2, maio 2003.

TOMA, T.S; VENANCIO, S.I.; ANDRETTO, D.A. Percepção das mães sobre o cuidado do bebê de baixo peso antes e após implantação do Método Mãe-canguru

em hospital público de São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno-infantil**. v. 7 n. 3, jul./set. 2007.

TOMEY, A.M.; ALLIGOOD, M.R. **Modelos y teorías en enfermería**. 4. ed. Madrid: Harcourt Brace de España, 1999.

TÖRNHAGE, C.J.; SERENIUS, F.; UVNÄS-MOBERG, K; LINDBERG, T. Plasma somatostatin and cholecystokinin levels in preterm infants during kangaroo care with and without nasogastric tube-feeding. **J Pediatr Endocrinol Metab.**, v. 11, n. 5, sep./oct. 1998.

TRENTINI, M; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial**: um desenho que une o saber fazer e o saber pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

TRONCHIN, D.M.R; TSUNECHIRO, M.A. A experiência de tornarem-se pais de prematuros um enfoque tecnológico. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 58, n. 1, jan./fev. 2005.

TUNEL, R. Prevention of neonatal cold injury in preterm infants. **Acta Paediatr.** v. 93, n. 3, mar. 2004.

VENÂNCIO, S I.; ALMEIDA, H. Método mãe-canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**. v. 80, n. 5, nov. 2004.

VIAL-COURMONT, M. The kangaroo ward. **Med Wieku Rozwoj.** v. 4, may. 2000.
WHEELER, J.L; JOHNSON, M.; COLLIE, L.; SUTHERLAND, D; CHAPMAN, C. Promoting breastfeeding in the neonatal intensive care unit. **Breastfeed Rev.** v. 7, n. 2, jul. 1999.

WHITELAW, A.; SLEATH, K. Myth of marsupial mother: home care of very low birth weight infants in Bogotá, Colombia. **Lancet**. v. 1, may. 1985.

XAVIER, C.C. **O método cuidado mãe canguru**. 2002. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/edump/ped/canguru.htm>. Acesso em: 28 ago. 2005.

YOUNG, A.; TAYLOR, S.G.; McLAUGHLIN-RENPENNING, K. Modeling nursing from an adaptation perspective: Roy's adaptation model. In: _____. **Connections**: nursing research, theory and practice. St. Louis: Mosby, 2001.

A P Ê N D I C E S

APÊNDICE I

A P Ê N D I C E I

Instrumento Utilizado para Registro no Processo de Cuidar

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO FISIOLÓGICO
CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS DO MODO AUTOCONCEITO
CATEGORIAS DO MODO DA FUNÇÃO DE PAPEL
CATEGORIAS DO MODO DE INTERDEPENDÊNCIA

INDICADORES POSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Fonte: Adaptado de Floréz et al, 2003, p. 58.

A P Ê N D I C E I I

<p><i>“foi um alívio sair do hospital”... “ainda tenho que esquecer os médicos falando que minha filha poderia morrer”...PC7</i></p>	<p>Felicidade com a alta precoce</p>	<p>SENTINDO FELICIDADE</p>
<p><i>“tinha medo de não saber cuidar e ainda preciso perguntar se estou fazendo certo..”MC7</i></p> <p>a fala da atendente do LACEN sobre risco de morte por perda de sal a “apavorou” MC4.</p> <p><i>“Fiquei com medo dele regurgitar oferecendo muito leite”MC4</i></p> <p><i>“saí do hospital perto do meio dia, amamentei em casa no primeiro horário da tarde e depois já achei que meu leite ia ser pouco, que ele não ia parar de chorar de noite...tanto que perto das 20:00h ele chorou, eu chorava junto e meu leite não descia, foi aí que liguei pra você e busquei fórmula no hospital!” MC5.</i></p> <p><i>“quando fui pra casa acho que a preocupação se eu ia saber cuidar dele ou não e de ter que ter leite pra ele sobreviver me deixou em crise nervosa...foi só ter o leite de fórmula em casa que me acalmei.”MC5</i></p>	<p>Medo do manejo do RN.</p> <p>Medo da morte RN.</p> <p>Medo materno de aspiração leite ofertado VO.</p> <p>Ansiedade gerada pelo medo de não suprir necessidade do RN com seu peito e complemento de leite materno ordenhado.</p> <p>Preocupação de não saber cuidar o RN.</p>	<p>MENSAGENS DO MEDO</p>
<p><i>“ na primeira noite acordei com qualquer resmungo dela”.</i></p> <p><i>...”durante o dia tenho que olhar minha filha toda hora”.MC7</i></p> <p><i>“sabe, tenho uma filha de 1 ano e 4 meses o berço dela está no nosso quarto então coloquei o berço do BC4 ao lado do outro berço mas não conseguia descansar, então dormi um pouco depois que coloquei ele ao meu lado na minha cama, primeira noite foi plantão!!” MC4</i></p> <p><i>“Primeira noite foi</i></p>	<p>Primeira noite mãe não dormiu tranquilamente.</p>	<p>PRIMEIRA NOITE NENHUMA MÃE DORME.</p>

<p><i>cansativa...amamentar as duas... quase não dormi.”MC1</i></p> <p><i>“Na primeira noite acordou de 3/3h, eu tinha preocupação que a saturação caísse, mexia nela para ver se respirava. Coloquei berço no nosso quarto”. MC2</i></p> <p><i>“eu já não dormi bem, ia olhar para ver se estava bem, ela não chora...fica de olho aberto de madrugada e aí já sei que quer comer...acho que ela aprendeu a não chorar para não gastar energia, né?”. MC8</i></p>		
<p><i>“fico ansioso no canguru, meu peito tem muito pelo e acho que ela pode se afogar, achar ruim...já fiz até 45 minutos”PC7</i></p> <p><i>“toda família faz canguruzinho, o pai, as mana, principalmente a de 18 anos e eu” MC4.</i></p> <p><i>“recebi muitas visitas no primeiro dia que ela foi para casa, todos queriam ver as gêmeas juntas, tenho ajuda da minha irmã para cuidar dos bebês. Dá colo se eu amamento uma e a outra acorda e chora, ela só não dá banho, tem medo...”MC1</i></p> <p><i>“faço Canguru depois do mamar enquanto a primeira gêmea dorme, fico uns vinte minutos...”MC1.</i></p> <p><i>“eu cuido mais dele (referindo-se ao marido) do que ele de mim. Agora cuido dele, das gêmeas e da nossa outra filha ” MC1.</i></p> <p><i>“O pai participa, troca fralda, beija e cuida para sempre lavar as mãos antes de pegar ela...”. MC2</i></p> <p><i>“achei que em casa não era tão necessário, mas vou começar a fazer”. MC2 referindo-se ao cuidado canguru.</i></p> <p><i>“..quase brigamos, pois a mãe quer fazer todo tempo que está em casa, e eu digo a ela que ele precisa dormir.” MC5</i></p>	<p>Pai realiza cuidado canguru</p> <p>Família realiza cuidado canguru.</p> <p>Irmã auxilia nos cuidados de higiene dos bebês.</p> <p>Mãe realiza cuidado canguru.</p> <p>Mãe cuidando de toda família.</p> <p>Pai realiza cuidados de higiene.</p> <p>Ausência cuidado canguru.</p> <p>Mãe e Avó realizam cuidado canguru.</p>	<p>RECONHECENDO E ATIVANDO CUIDADOS.</p>

<p><i>estava suando e ela começou a se mexer demais!!” MC8</i></p> <p><i>“às vezes é meia hora e outras passa de 01 hora, faço depois das mamadas!”[...]”é muito bom porque ele respira fundo, fica quietinho, olhando pra mim!”.MC5</i></p> <p><i>“bem ele acalmou das cólicas quando fiz o canguru...[...] minha mãe que faz uma hora quando chega em casa!”.MC5</i></p> <p>MC5 comentou que seu irmão também realizou posição canguru.</p> <p><i>“ela (avó paterna) dá banho também!”.MC8</i></p> <p><i>“tenho ajuda da minha irmã para cuidar dos bebês. Dá colo se eu amamentar uma e a outra acorda e chora”MC1</i></p> <p><i>“ a mãe é que cuida...dá colo e faz massagem, isso acontece mais de madrugada...”. MC5</i></p> <p>MC8 lembrou que BC8 aceitou melhor o protovit nesta semana em que ofertou o medicamento usando uma seringa de 01ml.</p> <p>BC2 recebendo protovit e sulfato ferroso conforme prescrição médica; a mãe começou a ofertar os medicamentos em 4x durante o período de uma hora assim achou melhor a aceitação do bebê.</p> <p>BC1 recebia protovit uma vez ao dia conforme foi orientada.</p> <p>BC4 recebe medicação (vitaminas A e D) conforme prescrição médica.</p> <p>A mãe também contou que já havia levado BC1 ao Posto de Saúde da Tapera onde foi coletado material para o teste do pezinho.</p> <p>-Nível elevado de OHP não fecha diagnóstico requer somente acompanhamento com endocrinologista e controle exames laboratoriais.BC4</p>	<p>Familiares realizando cuidados de higiene e conforto.</p> <p>Mães exercem sua habilidade em ofertar medicamentos por via oral ao seu bebê.</p> <p>Mães e familiares buscam realizar e conhecer resultados do teste do pezinho.</p>	
---	--	--

<p>BC7 com ganho ponderal diário de 29g. BC4 com ganho ponderal diário de 30g. BC4 com ganho ponderal diário de 37,5g. BC4 ganho ponderal diário de 31g. BC2 com ganho ponderal diário de 25g. BC1 com ganho ponderal diário de 60g. BC1 com ganho ponderal diário de 35g. BC8 com ganho ponderal diário de 45g. BC8 com ganho ponderal diário de 33g. BC5 com ganho ponderal diário de 22,5g. Ganho ponderal diário 15g.BC5 Ganho ponderal diário de 26,6g.BC5 Sono e repouso dos bebês dentro da normalidade. Eliminações fisiológicas dos bebês, presentes. Bebês com integridade cutânea e de mucosas; boa regulação térmica.</p>	<p>Desenvolvimento adequado do bebê. Mães acompanham medidas e desenvolvimento do filho.</p>	<p>MEU BEBÊ ESTÁ CRESCENDO.</p>
<p>Pai e mãe demonstram afetividade entre si e com seu bebê. (MC7 e PC7).</p> <p>Pai verbalizou para mãe desejo de participar da consulta.PC4</p> <p>Mãe (MC1) demonstra afetividade com seu bebê e promove o bom relacionamento familiar.</p> <p>Suporte de familiares para transportes necessários MC1.</p>	<p>Interações afetivas presentes.</p> <p>Presença de rede social de apoio.</p>	<p>NOSSO BEBÊ, NOSSA FAMÍLIA. É BOM ESTARMOS JUNTOS</p>
<p>Diminuição da ansiedade materna após ganho ponderal de BC2.</p> <p><i>“coloquei tudo na mão de Deus, sabe....vejo meu filho bem, mamando, dormindo, tranquilinho, o jeito é acompanhar o crescimento controlando como a médica falou.” [...] “Até dormi melhor depois da consulta com endócrino, inclusive meu leite aumentou de novo”MC4.</i></p>	<p>Mãe recuperando harmonia emocional.</p>	<p>CORAÇÃO TRANQUÍLO.</p>

SÍNTESE DAS CATEGORIAS (DES) ADAPTATIVAS CONVERGENTES DOS RETORNOS EM TERCEIRA ETAPA DO MMC

DISCURSOS E/OU CÓDIGOS PRIMÁRIOS	SIGNIFICADO NA LINGUAGEM DO PESQUISADOR/CUIDADOR	CATEGORIA CONVERGENTE REPRESENTATIVA
<p><i>“quero manter o mamar e vou dar o complemento nem que seja empurrando”. MC7</i></p> <p><i>“não vou lhe mentir não ela já não mama, meu leite tá quase nada...estou dando 50ml de NAN..”MC7</i></p> <p>MC4 comentou que sua preocupação com bebê pelas alterações no exame do teste pezinho baixaram a sua produção de leite materno, refere sentir mama menos cheia e assim ofertou maior número de vezes o complemento.</p> <p>Reforçou que está amamentando, porém com queixa de dor na mama direita quando BC5 suga. Ao exame físico observei pequeno trauma no mamilo.</p>	<p>Amamenta mas prioriza complemento.</p> <p>Preocupação materna interfere na sua produção de leite.</p> <p>Trauma em mamilo causa dor durante amamentação.</p>	<p>MEU LEITE É POUCO, MEU PEITO DÓI.</p>
<p>Angústia materna (MC4) frente à solicitação da quarta coleta do teste do pezinho.</p> <p><i>“o pessoal do LACEN já me ligou dizendo que a 4ª amostra deu alterada novamente. Já aconteceu alteração assim deste exame?”MC4</i></p> <p>MC4 perguntou sobre modificações que o bebê apresenta na <i>“alteração hormonal virilizante simples”</i>.</p> <p>MC2 questionou sobre resultado teste pezinho, pois estava preocupada.</p> <p>MC1 referiu sua preocupação em poder contar com profissionais capacitados para atender BC1 no Posto de Saúde.</p>	<p>Preocupação e angústia materna relacionadas a coletas e resultados do teste do pezinho.</p> <p>Preocupação com continuidade de atendimento em Posto de Saúde.</p>	<p>PARA QUE ESSES EXAMES/ POR QUE ESSES ACOMPANHAMENTOS.</p>
<p>MC4 comentou quanto ao seu desconforto de pequenos sangramentos desde o parto, já fez uso de seu anticoncepcional injetável, mas o sangramento persiste.</p>	<p>Mãe necessita orientação e avaliação ginecológica.</p>	<p>EU PRECISO DE UM ESPECIALISTA.</p>

<p>[...] “ainda não consultei com meu médico...mas posso tomar anticoncepcional?”. MC8</p>		
<p>“Eu me envolvi com limpeza pesada lá em casa que eu já vinha adiando há dias...minha preocupação com estas alterações do teste pezinho me inquietaram...”MC4</p> <p>“o problema com meu marido mexeu com todo mundo, dificultou trabalho no restaurante e ele quer mais atenção em casa”. MC1 referindo-se às queimaduras de segundo grau em PC1.</p> <p>Observei crosta seborréica em couro cabeludo de BC1.</p> <p>MC1 diz ter diminuído consideravelmente o contato pele-a-pele, realizando posição canguru após algumas mamadas durante, no máximo, dez minutos.</p> <p>BC2 com ganho ponderal diário de 8g. BC5 com ganho ponderal diário de 10g.</p> <p>BC2 descorada.</p> <p>A mãe também manifestou sua preocupação com a quantidade de fezes de coloração esverdeada que BC2 vinha eliminando.</p> <p>MC2 tinha dúvidas quanto à sua alimentação. Questionou se poderia comer alimentos diversos, se há restrições, se alimentos ou líquidos podem alterar leite materno ou interferir na sua produção. [...] “e o medo de fazer cólicas no bebê com o que tu comes?” PC8. Foi quando MC8 confirmou que deixou de comer chocolate e pizza.</p> <p>Os pais demonstraram preocupação com possíveis reações quando BC8 sofrer imunizações.</p> <p>MC5 referiu que seu bebê chora durante a madrugada. Medo materno de não compreender choro de BC5. “quando ele chora de cólica, não fico perto porque choro junto, a mãe é que cuida...”MC5</p>	<p>Inquietação/preocupação materna.</p> <p>Acidente/queimadura do pai exige atenção da mãe.</p> <p>Descuido na higiene do bebê.</p> <p>Diminuição do cuidado canguru.</p> <p>Ganho ponderal diário limítrofe.</p> <p>Alteração na coloração da pele do bebê.</p> <p>Preocupação materna com evacuações aumentadas do bebê.</p>	<p>O QUE ME FEZ DECUIDAR DO BEBÊ: MINHA CABEÇA OU MEU CORAÇÃO.</p>

<p>[...] <i>“bem ele acalmou das cólicas quando fiz o canguru...mas eu também estou usando homeopatia para gases, foi o pediatra particular que deu”</i>.MC5</p> <p>MC5 comentou que BC5 estava sem evacuar há 5 dias e demonstrou preocupação.</p> <p>MC5 não permitiu que seu irmão ficasse com o bebê por muito tempo. [...] <i>“fiquei com medo dele não fazer direito”</i>.</p>	<p>Medos/tabus alimentares.</p> <p>Medo materno em manejar adequadamente choro do bebê.</p> <p>Uso medicamento fora da conduta médica do HU.</p> <p>Preocupação materna com ausência de evacuações do bebê.</p> <p>Medo materno em permitir cuidado canguru ao seu irmão.</p>	
<p>Pai de BC5 ausente. <i>“nossa relação não é amigável”</i>. MC5</p>	<p>Paternidade não assumida.</p>	<p>AMAR E ESTAR JUNTO, OU SÓ ESTAR JUNTO</p>

A P Ê N D I C E I I I

A P Ê N D I C E I I I



CONSENTIMENTO INFORMADO DA INSTITUIÇÃO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Comissão de Ética do Hospital Universitário
UFSC

Prezados Senhores:

Como aluna do Curso de Mestrado de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, orientanda da Prof.^a Dr.^a Evanguelia Kotzioas Atherino dos Santos (pesquisadora responsável) e estou solicitando análise e autorização para a realização do meu projeto de pesquisa nesta instituição.

Esta pesquisa será desenvolvida junto às mães e familiares de recém-nascidos de baixo peso em terceira etapa do Método Mãe-Canguru na unidade de neonatologia e tem como objetivo identificar as percepções das mães-familiares em relação ao cuidado de seus recém-nascidos de baixo peso em terceira etapa do Método Mãe-Canguru.

Em anexo segue o projeto para análise.

Agradecendo a atenção,

Enfermeira Mestranda Márcia Borck

Florianópolis, junho de 2006.

APÊNDICE IV

A P Ê N D I C E I V

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO¹¹

Ao assinar este documento, estou dando meu consentimento para participar da pesquisa conduzida por Márcia Borck, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, orientanda da Prof.^a Dr.^a Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos (pesquisadora responsável).

Fui orientado(a) de que participarei de uma pesquisa que procura identificar as percepções de mães-familiares em relação ao cuidado do recém-nascido de baixo peso em terceira etapa do Método Mãe Canguru da unidade de neonatologia do HU/UFSC. Esse estudo pretende colaborar no sentido contribuir para corrigir situações de risco, orientar e acompanhar tratamentos especializados, incentivar a assistência ambulatorial e, despertar os profissionais da equipe de saúde que atuam na assistência ao recém-nascido prematuro e de baixo peso buscando cada vez mais alcançar a integração de seus membros, tanto no que diz respeito à atuação interdisciplinar, quanto na responsabilidade de todos com relação às ações de saúde, favorecendo desta forma a transformação do modelo assistencial vigente.

Estou ciente que a pesquisadora coletará dados através de observação e de entrevistas gravadas, e que a mesma somente utilizará as informações obtidas, para os propósitos da pesquisa.

Compreendo que serei acompanhada ao ingressar na terceira etapa do Método Mãe-Canguru, que a entrevista será realizada no local e nos horários que me forem mais favoráveis. Entendo, ainda, que a pesquisadora poderá entrar em contato comigo para mais informações, futuramente.

Sei que os dados obtidos serão gravados e transcritos, mas que meu nome não aparecerá em qualquer registro.

Minha participação na pesquisa é voluntária e posso negar-me a participar da mesma, sem que isto acarrete qualquer efeito negativo à minha pessoa. Também estou consciente de que posso deixar de participar, em qualquer momento, se assim desejar.

Compreendo que os resultados dessa pesquisa serão dados a mim, caso os solicite, e que a pesquisadora é a pessoa com quem devo contar, no caso de dúvidas sobre o estudo ou sobre meus direitos como participante. Telefones da pesquisadora: (48) 3266 6029 e (48) 8815 3148

Data Assinatura da mãe-família do RNBP

¹⁰ Adaptado do Termo de Consentimento Informado dos Participantes da Pesquisa – Marisa Monticelli. Aproximações culturais entre trabalhadoras de enfermagem e famílias no contexto do nascimento hospitalar: uma etnografia de alojamento conjunto [tese]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, 2003.

A N E X O S

ANEXO I

**RETORNO AMBULATORIAL
(Método Canguru)**

Nome: _____ **Reg.** _____

Peso Nasc.: _____ **Data da Alta:** _____

Diagnósticos: _____

Idade da Alta: _____ (corrigida: _____)

Peso: _____ **Comp:** _____ **PC:** _____ .

Alimentação: () SM exclusivo () SM + compl. LMO
() SM + compl. fórmula () fórmula

Medicações: _____

Pendências: () US crânio _____ último _____ / _____

() Normal

() Aval. Oftalmológica _____ último _____ / _____ () Normal

Data	Idade	Peso	Comp.	PC	Avaliação	Conduta

Alta do seguimento ambulatorial canguru dia _____ / _____ / _____ .

Encaminhado para: _____

A N E X O I I

A N E X O II

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS

INDICADORES DE ADAPTAÇÃO POSITIVA

Fonte: Floréz *et al.*, 2003, p. 29-34.

MODO FISIOLÓGICO

Oxigenação: Processos estáveis de ventilação.

Padrões estáveis de intercâmbio gasoso.

Transporte adequado de gases.

Processo adequado de compensação de oxigênio.

Nutrição: Processos digestivos estáveis.

Padrões adequados de nutrição.

Satisfação de necessidades metabólicas e nutritivas.

Eliminação: Processos efetivos homeostáticos intestinais.

Padrões estáveis de eliminação intestinal.

Processos efetivos de formação de urina.

Padrões estáveis de eliminação de urina.

Estratégias efetivas de enfrentamento para a alteração da eliminação.

Atividade e Processo integrado de movimentação.

descanso: Processos adequados de movimento durante inatividade.

Padrão efetivo de atividade e descanso.

Padrão de sono efetivo.

Proteção: Pele intacta.

Resposta de cicatrização efetiva.

Regulação efetiva da temperatura.

Sentidos: Processos de sensibilidade efetiva.

Padrões estáveis de percepção e interpretação.

Integração efetiva das sensações de informação.

Estratégias de enfrentamento efetivas para alteração da sensibilidade.

Líquidos e Processos estáveis de equilíbrio hídrico.

eletrólitos: Estabilidade de eletrólitos nos líquidos corpóreos.

Equilíbrio do sistema ácido-básico.

Função Processos efetivos de consciência, atenção, sensação e **neurológica:** percepção.

Integração de processos de pensamento e sentimentos.

Elaboração de conceitos de memória, linguagem e resposta motora.

Função Regulação hormonal efetiva dos processos metabólicos **Endócrina:** e corporais.

Regulação hormonal efetiva do desenvolvimento reprodutivo.

Padrões estáveis de ritmos hormonais cíclicos.
Estratégias de enfrentamento efetivo para o estresse.

Para o grupo: Recursos físicos adequados.
Capacidades dos membros.
Disponibilidade de instalações físicas.

MODO DE AUTOCONCEITO E IDENTIDADE DE GRUPO

No físico: Imagem corporal positiva.
Integridade psíquica com o crescimento físico.
Estratégias de enfrentamento efetivas para perdas.
Processos efetivos de fim da vida.

No pessoal: Autoestima funcional.
Processos efetivos de autoconsistencia.
Estratégias efetivas de enfrentamento contra ameaças a si próprio.
Reconhecimento por terceiros.

No ideal: Integração efetiva do ideal.
Expectativas positivas, metas e projetos futuros.

No ético, Processos efetivos de crescimento ético, moral e
Moral e espiritual.
Espiritual. Moral positiva.
Relações baseadas em princípios.
Relações dirigida segundo valores.
Crenças.
Possuir uma escala de valores.

MODO DE FUNÇÃO DE PAPÉIS EM INDIVÍDUOS E GRUPOS

Clareza de papéis.
Integração de papéis primários, secundários e terciários.
Padrão efetivo de execução de papéis.
Responsabilidade na execução de papéis.
Efetiva integração de papéis no grupo.

MODO DE INTERDEPENDÊNCIA PARA INDIVÍDUOS E GRUPOS

Afeto adequado.
Padrão estável de dar e receber.
Estratégias de enfrentamento efetivas para separação e solidariedade.
Recursos adequados.

PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO

MODO FISIOLÓGICO

Oxigenação: Hipóxia.

Choque.

Alteração na ventilação.

Alteração no intercâmbio gasoso.

Transporte inadequado de gases.

Alteração na perfusão tissular.

Nutrição: Peso acima ou abaixo dos padrões esperados.

Nutrição maior ou menor do estimado.

Anorexia, vômitos ou náuseas.

Eliminação: Diarréia.

Incontinência intestinal ou urinária.

Retenção urinária.

Flatulência.

Atividade e Imobilidade.

Descanso: Intolerância à atividade.

Padrão inadequado de atividade e descanso.

Restrição da mobilidade, deambulação e coordenação.

Risco de alteração do sono.

Proteção: Alteração de integridade da pele.

Úlcera.

Retardo na cicatrização.

Regulação inefetiva de trocas no estado imunológico.

Regulação inefetiva da temperatura.

Alergia.

Infecção.

Sentidos: Alteração de um dos órgãos dos sentidos.

Perda das capacidades de autocuidado.

Risco de lesão.

Diminuição ou sobrecarga sensorial.

Risco de alteração na comunicação.

Dor.

Líquidos e Desidratação.

eletrólitos: Edema.

Choque.

Desequilíbrio ácido-básico.

Hiper ou hipocalemia-natremia.

Função Diminuição do nível de consciência.

neurológica: Déficit dos processos cognitivos.

Déficit de memória.

Instabilidade no comportamento e humor.
Risco de dano cerebral.

Função Regulação hormonal inefetiva.
endócrina: Desenvolvimento reprodutivo inefetivo.
Instabilidade nos ritmos cíclicos internos.
Estresse.

Grupos: Recursos físicos inadequados.
Instalações físicas inadequadas.

MODO DE AUTOCONCEITO E IDENTIDADE GRUPAL

No físico: Alteração na imagem corporal.
Disfunção sexual.
Perdas não resolvidas.
Ansiedade.
Impotência.
Culpa.
Baixa auto-estima.

No ideal: Obstáculos no alcance de suas metas.
Incapacidade para progressos.

Grupos: Relações interpessoais inefetivas.
Moral baixa.
Relações conturbadas.
Relações insignificantes.

MODO DE FUNÇÃO DE PAPÉIS PARA INDIVÍDUOS E GRUPOS

Distanciamento prolongado de papéis.
Conflito de papéis.
Falha de papéis.
Ambigüidade de papéis.

MODO DE INTERDEPENDÊNCIA PARA INDIVÍDUOS E GRUPOS

Padrão inefetivo em ceder.
Ansiedade por separação.
Solidão.
Recursos inadequados.
Desenvolvimento inefetivo nas relações.